

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

DÉBORA FEGADOLI

**A PRÁTICA DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**CURITIBA
2010**

DÉBORA FEGADOLI

**A PRÁTICA DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liliana Maria Labronici

**CURITIBA
2010**

Fegadoli, Débora

A prática da enfermeira na educação em saúde para mulheres vítimas de violência doméstica. Curitiba / Débora Fegadoli. Curitiba, 2010. 100 f.

Orientador: Profª Drª Liliana Maria Labronici

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Educação em saúde. 2. Violência doméstica. 3. Saúde da Mulher I. Título. II. Labronici, Liliana Maria.

LM: WA 309

TERMO DE APROVAÇÃO**DÉBORA FEGADOLI****A PRÁTICA DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA
MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Prof. Dra. Liliana Maria Labronici
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof. Dra. Felismina Rosa Parreira Mendes
Membro Titular: Universidade de Évora – Portugal



Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 08 de dezembro de 2010.

A todas as mulheres que não se calam diante da violência e que buscam um
recomeço.

Ao meu pai, tão querido.

AGRADECIMENTOS

Ao meu DEUS, por tudo.

À Maria Ap. B. Fegadoli, minha mãe, por seu amor e ser a grande guerreira que é.

Aos meus irmãos, Devanildo e Adriano, pela compreensão.

À Dr.^a Liliana Maria Labronici, pelo estímulo e aprendizado.

Ao meu amor, Adriano C. P. Teffeha, por sua imensa dedicação e paciência.

À tia Cida e tio Zé, por ajudarem sempre.

À Ana Paula Dias, Kátia A. P. Terrin e Ana Carolina Dias, pela amizade de tantos anos.

À Tatiana Brusamarello, Josiane Choré, Leliane V. Vázquez, pela família que formamos desde a faculdade.

À Ana Paula Hermann, Tatiane H. Trigueiro, Fernanda Santos, Silvia Gulin, pela amizade e atenção.

Aos amigos Marquinho, Reli, Ale (Cuiabá) e Joice (Cuiabá) pela torcida.

Às amigas da turma de mestrado em enfermagem, pelo ensinamento e diversão.

À banca desta dissertação, pelas sábias contribuições.

Aos funcionários da Pousada de Maria, pela atenção e ajuda.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelas duas oportunidades.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA) pelas contribuições e amizades.

Ao Ministério da Educação e Cultura pela bolsa REUNI.

À Fundação Araucária por reconhecer este trabalho e financiá-lo.

“Veja! Não diga que a canção está perdida,
tenha fé em DEUS, tenha fé na vida.

Tente outra vez!”

Seixas, Motta e Coelho

FEGADOLI, D; LABRONICI, L. M. **A prática da enfermeira na educação em saúde para mulheres vítimas de violência doméstica.** 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada em um serviço de acolhimento institucional da Fundação de Ação Social da cidade de Curitiba, Paraná, no período de dezembro de 2009 a março de 2010, com 16 mulheres vítimas de violência doméstica. Os objetivos foram identificar as necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica e avaliar a consulta de enfermagem e as oficinas desenvolvidas com estas mulheres. A coleta de dados ocorreu mediante a consulta de enfermagem e, possibilitou identificar seis temas: câncer de mama e de colo uterino, cuidado com o corpo feminino, doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais, sinais e sintomas relacionados à saúde mental (depressão, ansiedade, estresse, baixa autoestima) e violência. Constatou-se que a faixa etária variou de 20 a 43 anos, seis possuíam ensino fundamental incompleto, e a maioria estava sem emprego no momento da pesquisa. A seguir foi realizada a educação em saúde por meio de três oficinas baseadas no conceito de dialogicidade da pedagogia libertadora freireana. O respeito aos conhecimentos das mulheres foi considerado e o diálogo entre educadora e educandas esteve presente, de modo a facilitar a expressão de expectativas e sentimentos. A avaliação das atividades desenvolvidas ocorreu por meio de entrevista semiestruturada gravada e da sua análise emergiu a categoria: Corpo redescoberto - o cuidado e o compartilhar experiências propiciado pela enfermeira, pois pelas falas, as mulheres demonstraram os sentidos e valores que deram ao seu corpo no passado, durante a violência e neste momento de tentativa de reestruturação de vida. Contudo, o enfrentamento da violência pressupõe escolhas que levam a perdas pessoais significativas para que uma reconstrução seja realizada, e a redução da violência é um fenômeno que depende de muitos fatores socioeconômicos e culturais, porém, há que se considerar o impacto de pesquisas como esta nos grupos que as compõem.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Violência Doméstica; Enfermagem; Prática Profissional.

FEGADOLI, D; LABRONICI, L. M. **The practice nurse in health education for women victims of domestic violence.** 100 p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Health's Sciences Sector, Federal University of Parana, Curitiba, 2010.

ABSTRACT: It is an action-research study carried out with 16 women, victims of domestic abuse who lived temporarily at a host institutional service of the Social Action Foundation in Curitiba/Brazil, from December/2009 to March/2010, with 16 women victims of domestic. Its goals were to identify health education needs of women victims of domestic abuse and describe the nursing consultations and workshops develop whit these women. Data capture was through nursing consultation, and enabled following six themes: breast and colon cancer, caring of the female body, sexually transmitted diseases, contraceptive methods, signs and symptoms related to mental health (depression, anxiety, stress, low self-esteem) and violence. It was found that women's ages ranged from 20 to 43 years, six had incomplete middle school, and most were jobless during the research. Was then performed health education through three workshops based on the concept of dialogical pedagogy Freire '. Respect for women was considered knowledge and dialogue between educators and students attended in order to facilitate the expression of feelings and expectations. The evaluation of the activities occurred through recorded semistructured interviews and their analysis was the category: Rediscovered body – caring and experience sharing fostered by the nurse, for the speeches, the women demonstrated the meanings and values that made your body in the past during this time of violence and attempted restructuring of life. However, coping with violence by these women entail choices which lead to meaningful personal losses so that rebuilding be effected, and the decrease of violence is a phenomenon which depends on many cultural, socioeconomic factors; nevertheless, the impact of research studies like this one must be considered in the groups which they comprise.

Keywords: Health Education; Domestic Violence; Nursing; Professional Practice.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

TABELA 01 – ANTECEDENTES FAMILIARES.....	53
TABELA 02 – ANTECEDENTES PESSOAIS.....	53
QUADRO 01 - RESULTADO DA 2. ^a DINÂMICA DA 1. ^a OFICINA.....	66
QUADRO 02 - DINÂMICAS REALIZADAS NA 1. ^a OFICINA.....	97
QUADRO 03 - DINÂMICAS REALIZADAS NA 2. ^a OFICINA.....	97
QUADRO 04 - DINÂMICAS REALIZADAS NA 3. ^a OFICINA.....	98
FIGURA 01 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M1.....	63
FIGURA 02 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M2.....	63
FIGURA 03 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M5.....	64
FIGURA 04 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M8.....	64
FIGURA 05 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M14 E M12.....	73
FIGURA 06 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M11.....	73
FIGURA 07 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M10 E M16.....	74

LISTA DE SIGLAS

FAS – Fundação de Ação Social

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especial da Assistência Social

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

DEAMS – Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres

PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres

SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	17
2.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A ÁREA DA SAÚDE.....	31
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	42
3.2 DELIMITAÇÃO TEMPORAL.....	43
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4 O CAMINHO PERCORRIDO.....	47
4.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM: O RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	47
4.1.1 Conhecendo cada uma das participantes.....	47
4.1.2 Outros aspectos abordados na consulta.....	52
4.2 AS OFICINAS.....	62
4.3 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS.....	76
4.3.1 Corpo redescoberto: o cuidado e o compartilhar experiências propiciado pela enfermeira.....	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
6 REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE 01.....	91
APÊNDICE 02.....	92
APÊNDICE 03.....	97
ANEXO 1.....	99

1 INTRODUÇÃO

A prática profissional da enfermeira¹ ocorre em diferentes cenários. Suas atribuições, entre outras, dizem respeito às atividades educativas no contexto em que suas ações ocorrem, e procuram ir ao encontro das necessidades de saúde da comunidade atendida. Nesse sentido, a educação em saúde pode ser compreendida como seu objeto de trabalho e, muitas vezes, é direcionada para a finalidade de prevenir doenças. Todavia, quando seu enfoque é desvinculado desse modelo biomédico, amplia seus objetivos, com o intuito de sensibilizar cidadãos para a escolha de seus caminhos para uma vida com mais saúde (SOUZA *et al.*, 2005).

A enfermeira tem um relevante papel no desenvolvimento da educação em saúde, porque é capaz de intervir em nível de conhecimentos, atitudes e condutas com a população, no sentido de conscientizar os seres humanos sadios ou doentes, sobre a importância de adquirir hábitos saudáveis, dentro de determinadas condições, bem como propiciar a descoberta de novas motivações e de outros fatores determinantes do comportamento (BRANCO, 2005).

A educação em saúde realizada pela enfermeira deverá estimular a consciência crítica e o exercício da autonomia, frente às decisões tanto no âmbito individual como no coletivo, além de ajudar na promoção da saúde e prevenção de doenças, e, conseqüentemente, em um estilo de vida mais saudável, porquanto articula as questões socioculturais dos sujeitos envolvidos, de modo a propiciar a sua emancipação (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

O que a educação em saúde deverá pressupor é uma educação para a vida, uma prática que permita a interação dos saberes, reflexões e expectativas, a fim de que possa tornar os indivíduos mais autônomos, dando-lhes um caráter reflexivo, partilhado e não imposto (BRANCO, 2005).

A autonomia que esperamos como resultado da educação em saúde acontece em um processo complexo, no qual estão incluídos fatores como o contexto social, econômico e cultural, bem como as motivações pessoais. Assim, terá que ser pensada como uma atividade ampla que, além de propiciar o desenvolvimento e a construção da cidadania, permitirá a apropriação de novas

¹ Enfermeira: termo escolhido no feminino devido à predominância deste sexo na profissão.

formas de estar e pensar em saúde, de modo a possibilitar a tomada de decisão livre e a seleção de alternativas num contexto adequado de informação (ALVIM; FERREIRA, 2007; BRANCO, 2005).

Há que se destacar que o conceito de autonomia utilizado nesta pesquisa é o de Paulo Freire (2006), visto que enfatiza no seu referencial a liberdade do educando, o direito do outro de ser e de saber, de conhecer todas as suas opções para tomar suas decisões.

Educar em saúde é um desafio, vez que possibilita a construção de espaços de reflexão coletiva com os atores das ações acerca das suas realidades de vida, e isto poderá resultar em uma prática que promova a integração entre os diversos grupos e setores da sociedade, na busca de soluções para os problemas de saúde vivenciados (SOUZA *et al.*, 2005).

A função educativa da enfermeira deverá ser cada vez mais influenciada pela dimensão social e econômica, o que exige uma permanente interpelação dos fatos da vida, e uma aproximação aos meios sociais e à cultura que neles se desenvolve (BRANCO, 2005).

Entende-se, nesta pesquisa, como contexto social e econômico as condições de vida e trabalho, nível de escolarização, bem como a comunidade em que se integram as participantes no momento da pesquisa e, ao compreender que as ações de cuidado desenvolvidas pela enfermeira nos diferentes cenários de atuação devem envolver a educação em saúde, houve a necessidade de direcioná-la para as mulheres que sofreram violência doméstica, e que residiram temporariamente em um serviço de acolhimento institucional² considerado como rede de apoio social, e anteriormente denominado Pousada de Maria.

A Pousada de Maria foi gerenciada no período de 1993 a 2001 por uma Entidade Social, o Lar Batista Esperança. Desde 2002 pertence à Coordenação de Proteção Social Especial de Alta Complexidade da Fundação de Ação Social (FAS), que segue a Política Nacional de Assistência Social, e apresenta dois tipos de proteção: a básica e a especial, que formam o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2005).

² O termo “casa-abrigo” foi substituído por “serviço de acolhimento institucional”, devido publicação do Conselho Nacional de Assistência Social da Resolução 109/09 (BRASIL, 2009b) que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais para padronização dos termos.

A proteção básica prevê o desenvolvimento de serviços e programas para indivíduos que ainda mantêm vínculos com suas famílias, são os acompanhamentos, as cestas básicas e programas de educação; esses serviços são administrados pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). A proteção especial ainda está subdividida em média e alta complexidade.

Os serviços de média complexidade são os que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. São considerados os serviços de orientação e apoio sociofamiliar, plantão social, abordagem de rua, cuidado no domicílio, entre outros (BRASIL, 2005).

Os serviços de proteção social de alta complexidade são aqueles que garantem atendimento integral para indivíduos e famílias que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, e precisam ser retirados de seu núcleo familiar e/ou, comunitário. Prevê atendimento integral institucional como serviços de acolhimentos, casas de passagem, residência inclusiva, família acolhedora, trabalho protegido, entre outras. Esses serviços são administrados pelos Centros de Referência Especial da Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2005).

As redes de apoio social permitem o processo da reinserção na sociedade, das mulheres vitimizadas pela violência, e isso as ajuda no sentido de passarem a ser o centro de sua própria vida. Nesse contexto, de acordo com a Lei Maria da Penha, compete à equipe de atendimento multidisciplinar, entre outras atribuições que lhe forem reservadas, fornecer subsídios a juízes, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, e desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, com especial atenção às crianças e aos adolescentes (BRASIL, 2006a).

Os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência são importantes para o enfrentamento desse problema, motivo pelo qual é imprescindível que estejam articulados com os serviços de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais, na perspectiva da atenção integral à mulher (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

A repercussão da violência contra a mulher afeta a sua multidimensionalidade, de modo a ocasionar lesões resultantes do espancamento, desenvolvimento de doenças crônicas, gravidez indesejada, propensão às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e danos psicológicos que podem ocasionar

depressão e baixa autoestima, causas que muitas vezes podem levar ao suicídio (GARBIN *et al.*, 2006). Acarreta ainda repercussões psicossociais, econômicas e políticas não só no plano individual e familiar, como também na sua esfera social (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008).

As mulheres vitimizadas pela violência doméstica estão cinco vezes mais predispostas a apresentar problemas psicológicos, nervosismo, esquecimento, sentimento de insegurança e transtornos do sono; são mais vulneráveis a abortos, violação sexual e DSTs, porque muitas vezes são submetidas a relações sexuais forçadas, em que não se sentem encorajadas a exigir dos parceiros o uso de métodos contraceptivos e de proteção contra essas doenças (GALVÃO; ANDRADE, 2004; GROSSI, 1996; DINIZ *et al.*, 1999; GUERRA, 1997).

A violência doméstica é responsável por um quinto do absenteísmo no trabalho feminino no mundo. Na América Latina, incide sobre 25% a 50% das mulheres, e seus custos são da ordem de 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB), cerca de 168 bilhões de dólares. No Brasil, 23% das mulheres sofrem violência doméstica; a cada quatro minutos uma mulher é agredida, e 85,5% dos casos de violência física contra mulheres têm como agressores seus parceiros. Desta forma, o país perde 10,5% do seu PIB (AMARAL *et al.*, 2001; BRASIL, 1997).

No Brasil, nos últimos 20 anos foram criados serviços para atendimento às mulheres vitimizadas pela violência, como: delegacias de defesa da mulher, abrigos institucionais e centros de referência multiprofissionais, que enfocam principalmente a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008).

O acesso da mulher vítima de violência à Pousada de Maria se dá através do Poder Judiciário, da Polícia, da Vara da Família, do Conselho Municipal da Condição Feminina, dos Conselhos Tutelares, das Unidades e Núcleos regionais de Saúde e pela Central de Resgate Social, porém, para que a mulher habite este serviço é imprescindível que ela formalize a denúncia na Delegacia da Mulher pelo Boletim de Ocorrência.

Uma vez seguidos esses trâmites legais, a mulher pode ficar na casa, dependendo do caso, até 90 dias para sua reestruturação na sociedade. Estudo anterior realizado por Labronici *et al.* (2010a) mostrou que as vítimas permaneceram abrigadas, juntamente com seus filhos menores, por um tempo que variou de um dia a um ano e três meses até conseguirem trabalho, um lar ou voltar ao convívio social

anterior. No entanto, neste tipo de serviço de acolhimento, não há o enfoque direto para a saúde desta população, razão pela qual a inserção da enfermeira neste cenário é fundamental, visto que poderá desenvolver sua prática profissional com ações educativas direcionadas para a saúde destas mulheres.

Pesquisas realizadas por LABRONICI *et al.* (2010a; 2010b) no Serviço Institucional de Acolhimento constataram a necessidade de inserção da enfermeira para o desenvolvimento da consulta de enfermagem e educação em saúde, e esses resultados ao serem apresentados para a chefe de unidade, despertou seu interesse para o desenvolvimento desta dissertação de mestrado, direcionada para as necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica, utilizando-se dos conceitos de dialogicidade e autonomia da pedagogia libertadora de Paulo Freire (1999).

Na relação dialógica, a enfermeira deve considerar o conhecimento que o educando traz armazenado em sua bagagem cultural, visto que muitas vezes tal conhecimento precisa ser reconstruído, a fim de adequá-lo às necessidades de educação em saúde e ao contexto onde está inserido. Contudo, pressuponho que ao desenvolver a educação em saúde com mulheres vítimas de violência doméstica, a enfermeira pode instigar nelas a curiosidade para o processo de aquisição ou correção de conhecimentos relacionados à multidimensionalidade, visto que isso poderá ajudá-las a se conhecer melhor, a cuidar mais de si e tomar decisões sobre sua saúde.

Diante do exposto, a questão problema que conduziu esta pesquisa foi “Quais as necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica?”

Os objetivos desta pesquisa foram:

Identificar as necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica;

Avaliar a consulta de enfermagem e as oficinas de educação em saúde desenvolvidas com as mulheres vítimas de violência doméstica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na busca de subsídios teóricos para fundamentar a pesquisa, achei propício continuar aprofundando o tema *Educação em saúde* e explorar a relação entre a *Violência contra mulher e a área da saúde*. Assim, no tema *Educação em saúde*, faço um pequeno histórico sobre a evolução do conceito “saúde” no século XX, e explano sobre alguns aspectos da pedagogia libertadora de Paulo Freire que enfatiza o diálogo no processo educativo, para fundamentar minha prática profissional com as mulheres vítimas de violência residentes na Pousada de Maria, vez que propicia uma relação de troca com o outro, diálogo e a autonomia do educando.

No que diz respeito à *Violência contra mulher e a área da saúde*, enfatizo a ação da Organização Mundial de Saúde em tipificar a violência e amenizar o impacto que causa para este setor, assim como, o que o governo brasileiro tem feito para combater e oferecer assistência à mulher vitimizada pela violência, e o que alguns autores escreveram sobre a melhor assistência para estas mulheres.

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O tema Educação em Saúde nos coloca diante de dois conceitos importantes, que nos levam a refletir sobre o que é educar e o que é saúde. Nesse sentido, penso ser necessário compreender o conceito saúde não apenas como algo que transcende a ausência de enfermidade, mas considerar o conjunto de fatores que podem afetá-la.

A clareza conceitual propiciará a apreensão do papel da enfermeira no desenvolvimento de ações de cuidado direcionadas para a educação em saúde, e poderá contribuir para promoção da saúde das mulheres vítimas de violência doméstica e melhoria na qualidade de vida.

Um estudo realizado por Scliar (2007) sobre a história do conceito de saúde evidencia que até 1948 não havia um universalmente aceito. Entretanto, ainda naquele ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou sua Carta de Princípios que reconhecia o direito à saúde e a obrigação do Estado na sua promoção e proteção. Nela, a saúde é compreendida como o estado de mais

completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. No entanto, para o autor, a amplitude deste conceito acarretou críticas, porque a saúde seria algo ideal, inatingível.

Durante a década de 60 do século XX, houve um debate em vários países para realçar a determinação econômica e social da saúde, que visava superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade (FERREIRA; BUSS, 2002). Posteriormente, foram discutidos o conceito de saúde e sua forma de promovê-la, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que culminou com a Declaração de Alma-Ata (1978), e na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde quando foi elaborada a Carta de Ottawa em 1986 (BRASIL, 2002a).

A declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002a), evidencia as desigualdades presentes na saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, reafirmando ser a saúde um direito humano fundamental, e a meta mundial mais importante que depende da ação de muitos outros setores sociais e econômicos. Enfatiza ainda que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, contribui para a melhoria da qualidade de vida e para a paz mundial, além de ser direito e dever de participar individual e coletivamente no planejamento e na execução dos cuidados de saúde.

Foi mencionado ainda na Carta de Alma-Ata que os cuidados primários à saúde devem ser adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região, e incluir pelo menos nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais e educação em saúde.

Na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002a), a saúde foi vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Contudo, as pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os seus determinantes. Assim, para alcançar a equidade em saúde, seria necessário que tivessem ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia, o que pode ser possível por meio da educação em saúde.

No Brasil, no ano de 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que evidenciou, em seu relatório final, as modificações necessárias ao setor de saúde, as quais transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigiam uma reformulação mais profunda, a fim de ampliar o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

A saúde, na 8ª Conferência, foi pensada e discutida em seu sentido mais amplo, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Ela não é um conceito abstrato, vez que se define no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, e deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Em 19 de setembro de 1990, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi sancionada a Lei nº 8080 (BRASIL, 1990), que apresenta em seu artigo segundo a saúde como um direito fundamental do ser humano, e dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

No artigo terceiro, a referida Lei menciona que os fatores determinantes e condicionantes da saúde são, entre outros, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; e apresenta ainda que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. E em seu parágrafo único explicita que as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, dizem respeito também à saúde.

Diante do exposto, ao considerar que a saúde deverá ser evidenciada em uma perspectiva social, cultural, ambiental e econômica é preciso criar condições de equilíbrio entre estas áreas, e isso implica uma contínua capacidade de nossa reflexão e avaliação como profissionais de saúde, não só dos governantes, porque diariamente nos deparamos com situações pessoais e sociais que, de alguma maneira, afetam a saúde (BRANCO, 2005).

É necessário reconhecer que, tendo em vista a breve contextualização sobre a história do conceito de saúde, educar nesta área se torna uma tarefa complexa. Um aspecto importante desta complexidade tem a ver com o objetivo de promover a vida em sua multidimensionalidade, e essa responsabilidade não pertence a uma única área do conhecimento; deve envolver ações conjuntas do Estado e da

sociedade civil, e ainda considerar as particularidades e autonomia dos sujeitos (CZERESNIA, 2003).

Educar indivíduos e grupos dentro desta concepção ampliada do conceito de saúde que vai além da ausência de doença, tem gerado propostas de mudanças nas formas mais tradicionais de fazê-la (SOUZA *et al.*, 2005), visto que, no processo de construção da reflexão sobre o estado da arte das práticas de educação em saúde e formulação de proposições com possibilidades de transformá-las, critica-se a visão reducionista.

A visão reducionista impõe e prescreve comportamentos ditos “ideais”, desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais. Assim, estes pela imposição, passam a ser objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas e punitivas (PEDROSA, 2007).

Diversas concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de setenta do século XX, foi basicamente uma iniciativa das elites política e econômica e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando para isto a palavra e a ameaça (VASCONCELOS, 2001a).

A história da educação em saúde, segundo Lima e Costa (2005), foi se construindo ao longo de diversos períodos, e sua compreensão tanto teórica como prática estava relacionada aos interesses do modelo econômico vigente, muitos dos quais foram marcados por uma concepção educadora em que os cuidados com a saúde eram impostos por profissionais que se julgavam detentores do saber e, para o indivíduo, cabia apenas ouvir e reproduzir o que entendeu. Assim, a pessoa quando adoecia, era a única responsável, e isentava-se a responsabilidade de fatores socioeconômicos.

Em um período mais recente, pode-se perceber o início de uma busca para a inserção do método problematizador na educação em saúde, na qual os sujeitos passam a ser vistos como possuidores de saberes que devem ser respeitados. Esse pensamento baseia-se na experiência da educação popular nos anos setenta, realizada por profissionais da saúde, que deu início a um processo de transformação em função da utilização do referencial de Paulo Freire, e propiciou o rompimento com as práticas tradicionais de educação em saúde (LIMA; COSTA, 2005).

Educar, para Freire (1999), é praticar a liberdade, é propor ao povo a reflexão sobre si mesmo, seu tempo, suas responsabilidades e seu papel na sociedade. Nesse sentido, a educação é corajosa, propicia ao educando a reflexão sobre seu próprio poder e no desenvolvimento desse poder, bem como a explicitação de suas potencialidades e sua capacidade de opção. Daí a sua preocupação em analisar os vários graus de compreensão da realidade em seu condicionamento histórico-cultural.

Para o educador Paulo Freire, é fundamental entender que o ser humano é um ser de relações e não só de contatos, está no e com o mundo. O estar com o mundo resulta de sua abertura à realidade, e é isso que o faz ser o ente de relações.

Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade. Há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de estudar por estudar. De estudar descomprometidamente como se misteriosamente, de repente, nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele. (FREIRE, 2006, p.77).

O que o pedagogo nos mostra é que a sua educação é ao mesmo tempo ato político, de conhecimento, criador, libertador, e se fundamenta na reflexão da realidade do educando, de modo a retornar posteriormente a esta mesma realidade e transformá-la. Assim, valoriza a ligação de cada sujeito ao seu mundo, seus valores, saberes e problemas.

A postura de querer libertar o dominado só é possível para Freire (1999) quando entendemos que o processo de libertação é uma obra de todos. Nesse sentido, é preciso agir e refletir sobre nossas ações individuais e sociais, para que se possa unir teoria e prática. A reflexão sobre essas ações possibilita sua validação, o reconhecimento de nossa inserção nelas como sujeitos, assumindo-nos como autores e não reféns da história do mundo. É o entendimento delas que nos ajudará a solucionar ou não os problemas que sempre virão.

A compreensão de que devemos aprender entre tantas outras virtudes, e de que devemos viver ativamente e dialogarmos, é que o pedagogo Freire (1999) considera mais importante na luta pela libertação ou autonomia, pelo desenvolvimento da nossa capacidade de autodeterminação. Seus pressupostos pedagógicos compreendem a educação como uma atividade mediadora entre o

indivíduo e a sociedade; entre a teoria e a prática construídas à luz da dialogicidade. O diálogo é uma estratégia de enfrentamento apontada contra a ideologia opressora.

A educação dialógica resulta na educação autêntica e significativa, compreendida como a que se origina dos anseios, dúvidas, esperanças, desesperanças, e das visões de mundo do educador e educando. No entanto, há necessidade de uma abordagem crítico reflexiva para discussão de uma ação educativa de forma inovadora, centrada no diálogo entre o educador e o educando (FREIRE, 2005).

Importante se faz enfatizar que na relação educador e educando centrada no diálogo há reciprocidade, porque o ser humano é vocacionado a ser sujeito na medida em que se posiciona de forma crítica, refletindo sobre sua condição, comprometido com sua realidade e não como um mero espectador das ações de outros (FREIRE, 2005).

A educação libertadora, segundo Freire (1999), é capaz de propiciar ao educador e aos educandos a oportunidade de se tornarem agentes ativos e participantes da transformação social, e possibilitar a ambos o desenvolvimento da capacidade de observar a realidade, refletir sobre ela e buscar os meios possíveis para modificá-la.

Na relação entre educador e educando, as ações educativas devem possibilitar um convívio estreito entre ambos, de modo que o educando possa expor seus anseios e necessidades. Ao fazê-lo, estará exercitando sua liberdade e irá assumir a responsabilidade de suas ações. A partir do momento que ambos, co-intencionados a transformar a realidade, encontram-se em uma tarefa comum, passam a ser sujeitos do processo, e estão prontos para desvelar a realidade, conhecê-la criticamente, e nela intervir para recriar o conhecimento (FREIRE, 2006).

O educador na educação libertadora não pode impor sua opção, deve dialogar sobre ela, a fim de que o outro possa, com seu conhecimento, julgá-la. Se este julgamento não estiver correto, seu papel é tentar convencer e converter, e não anulá-lo. Trata-se de uma questão de amor, porquanto o educador está ajudando o outro a reagir à violência dos que pretendam impor silêncio (FREIRE, 1999).

Não se trata obviamente de impor à população expoliada e sofrida que se rebele, que se mobilize, que se organize para defender-se, vale dizer, para mudar o mundo. Trata-se, na verdade; não importa se trabalhamos com alfabetização, com saúde, com evangelização ou com todas elas; de simultaneamente com o trabalho específico de cada um desses campos, desafiar os grupos populares para que percebam, em termos críticos, a violência e a profunda injustiça que caracteriza, sua situação concreta. (FREIRE, 2006, p. 79).

O exercício dessa prática educativa crítica como experiência especificamente humana constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio de democracia. Assim, rejeita qualquer forma de discriminação, dominação, e integra uma atitude de inovação e renovação, na crença de que é possível mudar (FREIRE, 1999).

Há que se ter consciência da importância da mudança, e quanto mais a temos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores. A capacitação permite desvelar a realidade, desmarcar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade para a libertação (FREIRE, 1999). Desta maneira, uma das tarefas mais importantes da prática educativa crítica é

propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos. (FREIRE, 2006, p.41).

Sob esta ótica, Freire (2006) compreende que ensinar é criar possibilidades para a produção ou construção do conhecimento, pois exige rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes dos educandos, criticidade, estética e ética, corporeificação das palavras pelo exemplo, risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação, reflexão crítica sobre a prática, reconhecimento da identidade cultural, consciência do inacabamento, respeito à autonomia do ser educando, bom senso, humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores.

O ato de ensinar é uma especificidade humana, motivo pelo qual deve ser realizada com emoção e amor, exige segurança, competência profissional, generosidade, comprometimento, apreensão da realidade, alegria, esperança, convicção de que a mudança é possível e curiosidade. Compreender que a educação é ideológica, e como tal uma forma de intervenção no mundo, em que a

liberdade deve respeitar a autoridade e vice-versa, exige tomada consciente de decisões, saber escutar, ter disponibilidade para o diálogo e querer bem aos educandos (FREIRE, 2006).

A educação não pode fugir da análise da realidade, nem temer o debate e a fuga da discussão criadora, sob pena de ser uma farsa. O ideal é trocarmos idéias e não ditarmos, debater ou discutir tema e não discursar aulas, trabalharmos com o educando e não sobre ele. Quando isso acontece, não há acomodação, porque propiciarmos meios para um pensar autêntico. Deste modo, no lugar de escolas o pedagogo lança o Círculo de Cultura; no qual não há lugar para o professor com tradições fortemente doadoras, mas para o coordenador de debates (FREIRE, 1999).

O diálogo substitui a aula discursiva, o aluno passa a ser o participante de grupo, as unidades de aprendizado assumem o lugar dos programas e conteúdos (FREIRE, 2006). Nessa proposta pedagógica não há educador sem educandos e, apesar das diferenças, nenhum deles se reduz à condição de objeto. Assim,

Toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina, daí o seu cunho gnosiológico; a existência de objetos, conteúdos a serem ensinados e aprendidos; envolve o uso de métodos, de técnicas, de materiais; implica, em função de seu caráter diretivo e objetivo, sonhos, utopias, ideais. Daí a sua politicidade, qualidade que tem a prática educativa de ser política, de não poder ser neutra. Especificamente humana, a educação é gnosiológica, é diretiva, por isso política, é artística e moral, serve-se de meios, de técnicas, envolve frustrações, medos, desejos. Exige de mim, como professor, uma competência geral, um saber de sua natureza e saberes especiais, ligados à minha atividade docente. (FREIRE, 2006, p.69).

A educação em saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem, delineada com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, que procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de comportamento organizacional (CANDEIAS, 1997).

As estratégias e programas de educação e promoção em saúde devem se adaptar às necessidades locais e pessoais, focar as possibilidades de cada região e indivíduo, bem como levar em consideração as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2002a).

Para que o indivíduo tenha uma participação ativa no processo saúde-doença, é necessário não apenas que aceite e entenda sua condição, mas que seja

capaz de nela intervir (TAVARES; RODRIGUES, 2002). Nesse sentido, o profissional de saúde deve levar em consideração a experiência do outro, do seu vivido, pois esta vivência possibilita a criação e recriação de símbolos e significados tanto da sua doença e do modo de evitá-la, como do atendimento recebido, no qual a educação em saúde pode ou não estar contemplada.

Ao conceituar educação em saúde de forma mais abrangente de modo a considerar o indivíduo, o profissional de saúde e a sociedade como responsáveis pela questão da saúde,

deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas aí realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. (VASCONCELOS, 2001b, p.29).

Ao realizarem um exame crítico abrangente da educação em saúde, Gazzinelli *et al.* (2005) constataram que durante as últimas décadas, houve um desenvolvimento surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas neste campo de estudo, mediante revisão de documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992, quando foi verificada uma mudança no discurso oficial da educação em saúde, de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos, para uma abordagem voltada à participação comunitária.

A participação comunitária é a idéia central em Freire desde a década de 70, tanto que no documento *Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde*, publicado pelo Ministério da Saúde em 1981, é notória a influência do seu pensamento no que se refere à educação libertadora.

Atualmente, os projetos educativos em saúde ainda se desenvolvem na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, detido pelo profissional da área da saúde e ensinado para uma população leiga, cujo saber é desvalorizado e/ou ignorado (MEYER *et al.*, 2006). Para os autores, há a necessidade de trabalhar com a noção de que a educação envolve o conjunto dos processos pelos quais os indivíduos se transformam em sujeitos de uma cultura, não são em si vulneráveis, mas podem estar diante de alguns agravos sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas, como por exemplo, as mulheres vítimas de violência doméstica.

A educação em saúde como processo pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permita desvelar a realidade e proponha ações transformadoras para o sujeito histórico e social, de modo que seja capaz de opinar nas suas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO *et al.*, 2007).

Ao considerarmos a educação em saúde como área de conhecimento, compreendemos que devemos ter uma visão conjunta de distintas ciências, de modo a integrar disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. É para esse campo multifacetado que convergem diferentes concepções e compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (MACHADO *et al.*, 2007).

A compreensão de que a educação em saúde está ancorada no conceito de promoção da saúde, propicia tratar de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana, e não apenas das pessoas sob risco de adoecer (MACHADO *et al.*, 2007). Para os autores, essa concepção crítica da educação solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população, porque pretende conscientizá-la para a mudança e libertação.

O educador em saúde que trabalha com a pedagogia de Paulo Freire deve mostrar-se atento às necessidades que emergem dos sujeitos, e estruturar sua prática educativa no sentido de respeitar as crenças, sentimentos, cultura e conhecimentos do educando, e intervir quando necessário, a fim de colaborar para a apreensão de novos conhecimentos (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

A compreensão que o profissional tem sobre o que é educar irá influenciar na escolha de estratégias de ensino e, conseqüentemente, em seus resultados e, ao realizar educação em saúde, é necessário que se tenha claro qual o resultado que se espera obter (TAVARES; RODRIGUES, 2002).

Ao entender que a educação em saúde faz parte da prática profissional da enfermeira, ela traça um caminho integrador do cuidar, possibilita um espaço de reflexão-ação que propiciará o entrelaçamento de saberes técnicos e científicos com os populares. Esses devem ser considerados para um exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais que, conseqüentemente, refletirão na família e na comunidade daquele indivíduo, quando é capaz de socializar o conhecimento construído (CATRIB *et al.*, 2003).

A educação em saúde continua a ser objeto de reflexão crescente por parte de políticos, instituições, grupos profissionais, e mesmo de autores isolados em artigos de literatura específica como na enfermagem, porquanto utiliza estratégias que ajudam o indivíduo a adotar ou modificar condutas que podem propiciar escolha sobre seu estado saudável (BRANCO, 2005).

Ao realizar uma busca na literatura nessa área do conhecimento no período de janeiro de 2005 a julho de 2010, encontrei na base de dados *Scielo* 123 artigos sobre educação em saúde e enfermagem, que abordam temas como: saúde da mulher, materno-infantil, adolescente, idoso, sexualidade, prevenção de dengue, saúde do trabalhador, primeiros socorros, nutrição, planejamento familiar, doença pulmonar obstrutiva crônica, cuidados com ostomias, saúde mental e, em maior número, sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Apenas três mencionaram os tema violência e são de abordagem qualitativa, sobre os quais explanarei a seguir.

Pesquisa realizada por Penna, Carinhanha e Leite (2009) com profissionais cuidadores de abrigo para adolescentes em situação de violência, objetivou identificar as estratégias discutidas e utilizadas por estes profissionais na atenção às situações de violência, vivenciadas pelas adolescentes abrigadas, e discutir a prática educativa como tecnologia de cuidado a ser utilizada no enfrentamento da violência vivenciada pelas adolescentes.

As autoras identificaram que estes cuidadores de abrigos, na maioria das situações, não se sentem capacitados para administrar os casos considerados mais difíceis, em que a violência aparece de forma mais pronunciada e explícita, nas quais estes profissionais tentam promover a dialogicidade, mas que se impressionam com situações tão vulnerabilizantes (PENNA; CARINHANHA; LEITE, 2009).

Este estudo constatou ainda que os profissionais que atuam neste abrigo realizam o cuidado ao desenvolver educação em saúde, e que as ações dialógicas enquanto tecnologias de cuidado são fundamentais no processo de conscientização destas adolescentes em situação de rua ou abrigamento, porquanto possibilita o reconhecimento de seus direitos de saúde, suas necessidades, despertando-as para a busca por qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção de agravos. Todavia, não pode ser uma prática de adequação às normas sociais vigentes, mas

uma ação dialógica reflexiva e sistematizada para o enfrentamento da violência (PENNA; CARINHANHA; LEITE, 2009).

Os autores Algeri e Souza (2006) publicaram um artigo no qual buscaram refletir sobre as várias formas de violência praticadas na família contra crianças e adolescentes, e a importância da assistência dos profissionais de enfermagem diante desse fenômeno. Para isso, realizaram uma revisão de literatura nas bases de dados *Lilacs* e *Scielo* e no Sistema de Automação de Bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, utilizaram os descritores “violência ou violência doméstica ou agressão ou criança ou adolescente”.

Com este estudo, os autores constataram que este tema precisa ser contemplado na formação acadêmica das enfermeiras e que a atuação dos profissionais de enfermagem frente à criança/adolescente vítima de violência pode reforçar-se com a articulação da academia com os serviços que atendem estas vítimas.

Estudo realizado por Souza *et al.* (2006) com estudantes de enfermagem que realizaram educação em saúde em uma comunidade violenta do Rio de Janeiro teve como objetivos identificar a percepção dos estudantes de enfermagem diante das atividades desenvolvidas por eles na comunidade e discutir o significado das atividades realizadas pelos acadêmicos para a sua formação profissional.

Para os autores, as expectativas iniciais à chegada ao campo foram marcadas não apenas pelo medo de encontrar situações de violência, mas pelo desejo de poder contribuir na melhoria das condições de saúde da população e, constataram que esta atividade realizada durante o estágio acadêmico ampliou as experiências e a compreensão do trabalho em comunidade, que não se restringiram apenas ao aumento de conhecimentos técnicos, mas refletiram no amadurecimento pessoal e possibilitaram a troca de saberes (SOUZA *et al.*, 2006).

É importante que a enfermeira assuma no seu cotidiano profissional o papel de educadora não como uma prática complementar, mas integrada no cuidar em enfermagem, no qual a educação em saúde constitua uma atividade de igual dimensão a qualquer outra realizada (BRANCO, 2005). Nesse sentido, deve ser parte integrante de nosso escopo profissional (MARTINS *et al.*, 2007).

O papel de educadora da enfermeira seja no contexto individual como no coletivo é incontestável, e deve ser reforçado, porque é agente de transformação social. Sua prática constitui-se em uma estratégia articulada do trabalho em equipe e

dos diversos serviços que buscam uma transformação na saúde da população (MACHADO *et al.*, 2007).

Para que haja eficácia da educação em saúde, é necessário que nós, enfermeiras, busquemos a compreensão do sujeito e iniciemos este processo com o desenvolvimento do autoconhecimento, sem esquecer a singularidade e as características do indivíduo (BRANCO, 2005).

Quando trazemos as idéias de Paulo Freire para o cotidiano da prática educativa da enfermeira, visualizamos a transformação e reconstrução de saberes dentro de um grupo que não tem o conhecimento advindo do princípio acadêmico-científico, ao mesmo tempo em que também nos apropriamos do conhecimento popular que advém do outro (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Nessa perspectiva, o educando tem a oportunidade de pontuar e refletir sobre os próprios veículos da educação em saúde. O que fazemos é aproximar aquilo que está instituído na rede de saberes do conhecimento científico, do que está construído na sabedoria popular, e tentamos fazer um entrelaçamento desses saberes, como um movimento em espiral, que em alguns momentos se cruzam e, em outros, se separam ou distanciam (ALVIM; FERREIRA, 2007).

A aproximação entre o saber científico e o saber popular na ótica da educação do educador Paulo Freire possibilita, portanto, uma relação de troca e de complementação, por meio do diálogo, no qual a enfermeira pode construir um processo de ensino-aprendizagem significativo, crítico e emancipador (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

A enfermeira, ao considerar as reflexões de Paulo Freire na prática da educação em saúde, deve levar em conta o modo de viver individual e coletivo das pessoas, respeitando suas concepções e práticas de vida e de saúde, incluindo todo o seu sistema simbólico. A proposta é de que haja uma ação transformadora de cuidar e educar, fundamentada na condição de que deve retornar ao senso comum, não no sentido de destruí-lo ou expropriá-lo, mas de torná-lo mais coerente e consciente de sua realidade concreta frente ao saber científico que este profissional traz (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Destarte, ao compreendermos a educação em saúde como prática profissional da enfermeira e, como tal, um ato de cuidar, devemos considerar as particularidades de cada ser humano, pois o cuidado é singular e atende às características próprias de cada um que participa, reflete, questiona, recusa, aceita,

critica. Dessa forma, o essencial é dar instrumentos para o que o outro, o educando, conheça de fato suas opções, para que possa ser autônomo em suas decisões.

2.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A ÁREA DA SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define a violência como o uso intencional de força física ou poder, por meio de ameaças ou atos contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem alta probabilidade de resultar em ferimentos ou morte, dano psicológico, mau desenvolvimento e/ou privação, e publica o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que teve como objetivo alertar acerca desse problema no mundo, mostrar que é um fenômeno evitável, e que a saúde pública tem um papel crucial na resolução de suas causas e consequências.

O impacto da violência é percebido de várias formas e em todas as partes do mundo. A cada ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas, e é uma das principais causas de morte em pessoas entre 15 e 44 anos, além da ocorrência de lesões não fatais. As estimativas não são precisas, e isso dificulta as comparações, vez que os estudos utilizam metodologias diferentes. No entanto, sabe-se que o custo da violência se traduz em bilhões de dólares anuais em gastos com saúde, dias perdidos de trabalho e execução da legislação (OMS, 2002).

Para a medição científica da violência, a OMS (2002) propôs uma tipificação dividida em três grandes categorias: autoinfligida (contra si mesmo), interpessoal (cometida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de pessoas) e coletiva (por grupos maiores). Quanto à natureza dos atos violentos, esses podem ser físicos, sexuais, psicológicos e envolvendo privação ou negligência.

A violência interpessoal é ainda dividida em duas subcategorias: familiar/entre parceiros íntimos, que ocorre principalmente entre membros da família e parceiros íntimos normalmente, mas não especificamente, no espaço doméstico; e a violência perpetrada por indivíduos que não apresentam essa relação e, em geral, ocorre fora de casa. É, portanto, neste tipo de violência (interpessoal) que encontramos a violência contra mulher no espaço doméstico.

A violência contra a mulher é mostrada atualmente como um problema histórico, social e mundial, presente em diferentes culturas e sociedades, razão pela qual é considerada como um fenômeno sociocultural que afeta a multidimensionalidade da mulher (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; ALIELLO *et al.*, 2005). Contudo, é no espaço doméstico onde a maior parte das

agressões ocorre (BRASIL, 2008a; TELES; MELO, 2003; GALVÃO; ANDRADE, 2004), e é praticada pelos próprios maridos e/ou companheiros (OMS, 2002).

Entende-se por violência doméstica aquela que ocorre dentro de casa, nas relações familiares, entre homens e mulheres, pais/mães e filhos, entre jovens e pessoas idosas. Independentemente da faixa etária das pessoas que sofrem espancamentos, humilhações e ofensas nas relações descritas, as mulheres são o alvo principal (BRASIL, 2008a). Vale destacar que são múltiplas as formas pelas quais a violência se manifesta no espaço doméstico: psicológica, sexual, física, moral e patrimonial.

Em 48 inquéritos de base populacional em torno do mundo sobre violência doméstica, na maioria deles, a agressão física não foi um evento isolado, mas parte de um padrão de abuso contínuo, acompanhada por violência psicológica e, em um terço dos casos, acompanhada também de violência sexual (OMS, 2002).

No Brasil, segundo dados divulgados pela Fundação Perseu Abramo (2001), em pesquisa realizada com 2502 mulheres de 15 anos ou mais, residentes em 187 municípios de 24 estados, constatou-se que 33% destas mulheres admitem ter sido em algum momento de sua vida, vítima de alguma forma de violência física; 27% sofreram violência psíquica; e 11%, assédio sexual. Constatou-se ainda, que a responsabilidade do marido ou parceiro como principal agressor varia entre 53% em relação à ameaça a integridade física com armas e 70% com ameaças. Evidenciou, também, que aproximadamente 20% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica, raramente fazem denúncias públicas e, em quase todos os casos de violência, mais de 50% não procuram ajuda.

Estudo realizado em Pernambuco por Portella (2008), entre 2002 e 2007, mostra que, em média, 45,8% dos homicídios contra mulheres aconteceram em suas residências. No ano de 2007 esse número foi aproximadamente 70%, e os parceiros ou ex-parceiros são os perpetradores da grande maioria desses casos.

A forma contemporânea de se ampliar o foco da discussão sobre a violência contra a mulher consiste em compreendê-la como uma das formas de violência de gênero, porquanto diz respeito às relações de poder e à distinção entre atributos culturais atribuídos a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas (MINAYO, 2005a).

O termo gênero aborda diferenças socioculturais existentes entre os sexos masculino e feminino, que se traduzem em desigualdades econômicas e políticas, e

colocam as mulheres em posição inferior à dos homens nas diferentes áreas da vida humana (TELES; MELO, 2003).

O “gênero é um conceito das ciências sociais que surge enquanto referencial teórico para análise e compreensão da desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem” (GOMES *et al.*, 2007, p. 505), e configura-se em uma imagem idealizada do que é ser feminino e masculino. Assim, as representações de gênero constroem estereótipos e moldes que acabam por sujeitar a todos a determinadas normas criadas pela sociedade, de modo a produzir valores e comportamentos (PODOLAN, 2000).

A construção dos gêneros se deu por meio da dinâmica das relações sociais, porque o indivíduo só se construiu como tal na relação com os outros (CARLOTO, 2002), e o ambiente doméstico é o pano de fundo para esta construção, vez que se caracteriza como espaço primordial da relação mulher-homem.

A introdução da categoria gênero foi fundamental para perceber as relações de violência no espaço familiar, uma vez que esta categoria possibilita compreender os papéis socialmente pré-definidos para homens e mulheres, como perpetradores de relações hierárquicas desiguais. (GOMES *et al.*, 2007, p.506).

Só no final da década de 60 do século XX, quando começaram os estudos sobre as relações familiares, foi que a violência doméstica passou a ter um pouco de visibilidade como um problema social e de saúde, porque as mulheres começaram a questionar os papéis que lhes foram atribuídos e que eram, em grande parte, desqualificados, opressivos, sem *status* e responsáveis pelo seu enclausuramento no âmbito doméstico.

Posteriormente, a discussão de gênero introduzida por estudos realizados pelas feministas possibilitou dar visibilidade à violência doméstica enquanto um fenômeno multifacetado, pois a dualidade dos sexos foi traduzida por um conflito que permitiu compreender que, se um dos dois conseguisse impor sua superioridade, esta deveria estabelecer-se como absoluta (BEAUVOIR, 2009).

Estima-se que a violência cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. A sua vitimização no espaço conjugal foi um dos maiores alvos da atuação do movimento feminista, que nos últimos 50 anos procura desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão. Assim, problemas que permaneciam silenciados,

guardados como segredos do âmbito privado, passaram a ter visibilidade social (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

No final dos anos 70 e início dos 80, no Brasil, a problemática da violência contra a mulher, trazida a público e politizada pelo movimento feminista ganhou expressividade. Uma das conquistas dos grupos de militância foi a criação de serviços como das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAMs), os abrigos institucionais e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros, ex-parceiros e companheiros (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

As DEAMs são uma experiência inédita em todo mundo e podem ser consideradas como um passo importante na direção do reconhecimento público da violência doméstica presente na sociedade brasileira, visto que contribuem decisivamente para explicitação e ordenação de uma demanda que antes se dispersava e se ocultava (MUNIZ, 1996).

O movimento feminista também trouxe influências que são ainda atuais. Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres que culminou na publicação do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) cujo objetivo foi proporcionar a aplicação efetiva de políticas para as mulheres. Assim, este plano torna-se um instrumento de monitoramento apropriado pelas instâncias de controle social (BRASIL, 2004).

Atualmente, há o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (BRASIL, 2008a) que apresenta um capítulo sobre “Enfrentamento de todas as formas de violência contra mulheres”. Nele é mencionado que a intervenção pública deve ser multissetorial, o desenvolvimento das ações deve ocorrer de forma simultânea, de maneira a desconstruir desigualdades e combater discriminações de gênero; interferir nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promover o empoderamento das mulheres; e garantir atendimento qualificado e humanizado àquelas que estão em situação de violência.

No entanto, a noção de enfrentamento não se restringe apenas à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, assistência e garantia de direitos, e é principalmente na questão da prevenção que há menos engajamento dos governantes, pois, campanhas são vistas no Brasil, por meios de telecomunicações, sobre a importância da prevenção da violência doméstica, no entanto, nos seminários e congressos sobre o tema são amplamente discutidos os

vários fatores sociais, econômicos e culturais que são determinantes para esta condição.

Desta forma, dentre os sete objetivos específicos que estão descritos no II PNPM no capítulo para o enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres, dois contemplam a prevenção e são eles

Desconstruir estereótipos e representações de gênero, além de mitos e preconceitos em relação à violência contra a mulher, e promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades e de valorização da paz. (BRASIL, 2008a, p. 17).

Contudo, as ações são mais priorizadas para a assistência à mulher vitimizada, como o disque 180 (Central de Atendimento à Mulher), obrigatoriedade da notificação compulsória quando há uma vítima de violência doméstica sendo atendida nos serviços de saúde, e a Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual que apresenta no *site* do Ministério da Saúde uma relação de estabelecimentos de saúde que atendem estas vítimas.

Ainda no que diz respeito à assistência às mulheres em situação de violência, o II PNPM, garante o atendimento humanizado e qualificado por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários, da criação, re aparelhamento ou reforma de serviços especializados.

Os serviços especializados são constituídos por Abrigos Institucionais, Centros de Referência, Centros de Reabilitação e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher, e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento a partir da articulação dos governos Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil, a fim de que seja possível estabelecer uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento.

É importante destacar no que se refere à constituição da Rede de Atendimento às mulheres em Situação de Violência,

[...] que os diversos setores do governo e a sociedade civil possuem um papel a desempenhar na prevenção, no combate e na assistência às mulheres em situação de violência, dada a natureza multifacetada do fenômeno. Nesse sentido, o conceito de Rede de atendimento refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. (BRASIL, 2008a, p.103).

Existem, no país, 637 serviços especializados no atendimento às mulheres vítimas de violência entre centros de referência, abrigos institucionais, defensorias, juizados e delegacias especializadas. Entre esses, até 2008 existiam 65 casas para atendimento à mulher vítima de violência doméstica (BRASIL, 2008a).

Os serviços de acolhimento institucional para mulheres vítimas de violência são consideradas serviços de proteção social de alta complexidade, ou seja, esta mulher já não tem mais referência e/ou está em situação de ameaça e precisa ser retirada de seu núcleo familiar e comunitário. Todavia, para que seja atendida na casa, deve registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia da Mulher onde será averiguado se a violência, de fato, ocorreu.

Nesta articulação, a mulher pode ou não ter passado por um serviço de saúde, onde são orientadas a procurar a Delegacia da Mulher, porém, a decisão de registrar a violência cabe a ela. Atualmente, com a obrigatoriedade de notificação compulsória do atendimento à vítima de violência doméstica o profissional da área da saúde tem essa responsabilidade de denunciar à Vigilância Epidemiológica que averiguará os fatos, mas, nem sempre este diagnóstico é feito devido à falta de informações ou despreparo para identificar a violência doméstica.

Há que se enfatizar que não há profissionais da área da saúde que atuem diretamente na atenção primária na equipe multiprofissional da rede de atendimento às vítimas de violência, razão pela qual há a necessidade de uma integração mais efetiva deste setor com a assistência social e jurídica existente, vez que este problema atinge o setor de saúde, e é reconhecido no Brasil como um problema de saúde pública (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

É no setor de saúde que os reflexos deste fenômeno são nitidamente percebidos, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. No entanto, quando a violência chega até ele, já foi perpetrada, e não há muitos trabalhos em nível de atenção primária (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

Ao buscar uma aproximação da saúde com as ciências sociais e jurídicas na luta contra violência, o movimento verificado na defesa dos direitos às mulheres vitimizadas também trouxe influências para o campo da Saúde, e uma de suas repercussões foi a criação do documento “Violência intrafamiliar: orientação para a prática em serviço” (BRASIL, 2002b). Sabe-se que grande parte das ações citadas neste documento, pressupõe capacitação dos profissionais de saúde para atingir os objetivos de superação da violência de gênero e, em particular, contra as mulheres (MINAYO, 2005b).

As falhas no conhecimento para reconhecer as manifestações físicas e psicossomáticas das agressões pelos profissionais de saúde podem ocasionar a não identificação da violência e, dessa forma, passar despercebida (ALIELLO *et al.*, 2005). Estas falhas dos profissionais que atendem as mulheres vítimas de violência podem estar relacionadas à ausência de capacitação durante e após a formação, e isso foi constatado por Ferraz *et al.* (2009) e Correa, Labronici e Trigueiro (2009).

É preciso que os profissionais de saúde em suas atividades cotidianas de atendimento desenvolvam técnicas de abordagem que ultrapassem o cuidado com as lesões, aprendam a fazer perguntas e a dar resposta a tal situação, estejam preparados para ajudar as vítimas de violência com tratamento e referência adequados, e desenvolvam ações de encaminhamento, de maneira a buscar eficácia dos tratamentos em conjunto com outros setores (BRASIL, 2002b).

Além disso, para que o atendimento seja eficaz, é preciso que estes profissionais entendam que a violência não se resume às delinquências, pois suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais contra as mulheres, constituem um ambiente sociocultural adverso, e, frequentemente, portador de exclusão para as vítimas (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

A assistência às mulheres vítimas de violência segundo Gomes, Minayo e Silva (2005) deve ser interdisciplinar e interssetorial, a fim de articular o setor da saúde com as áreas jurídicas e de segurança, incluindo desde os programas de atenção básica como o Saúde da Família, até os serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares, na tentativa de que seja possível a estruturação e consolidação do atendimento voltado para a recuperação e a reabilitação, que atualmente é escasso e, salvo raras exceções, precário.

Ressalta ainda a importância da capacitação dos profissionais do setor de saúde, para que sejam técnica e humanamente capazes de cuidar de modo a transcender as questões biológicas, e perceber as manifestações relacionadas à subjetividade decorrente deste fenômeno social (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Faz-se necessário destacar que os profissionais de saúde devem saber reconhecer a violência e cuidar com efetividade. Isso exige capacitação e o estabelecimento de uma relação de cuidado que extrapole as ações técnicas, com criação de vínculos, vez que, o processo de cuidar não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre profissional e cliente (FERRAZ *et al.*, 2009).

Articular as experiências vividas com a ciência e a atenção à saúde constitui-se em desafios para nossa área no que diz respeito à construção de um conhecimento interdisciplinar, porque se não for articulado, não gera ações, não há retorno de propostas de assistência aos casos de violência, ou de prevenção e promoção da saúde, por meio de informações a respeito da luta contra violência (SCHRAIBER *et al.*, 2009).

3 METODOLOGIA

O delineamento metodológico ocorreu em função dos objetivos propostos, que indicaram como opção investigativa a metodologia da pesquisa-ação com abordagem qualitativa, pois possibilita responder a questões da realidade que não podem ser quantificadas, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2004).

No se diz respeito à pesquisa-ação, Thiollent (2007, p. 16) a compreende como

[...] pesquisa social com base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Sob essa ótica, a pesquisa-ação deve ter objetivos práticos, realistas, e que possibilitem ações correspondentes ou, pelo menos, conscientizarem os participantes sobre os temas que serão trabalhados. Assim, não devem ser considerados ignorantes e desinteressados, porque trazem consigo uma bagagem cultural.

A pesquisa-ação permite implementar uma proposta educativa direcionada para as necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica, porque proporciona ao pesquisador (educador) e para os participantes da pesquisa (educandos), a oportunidade de se tornarem agentes ativos, participantes da transformação social, além de possibilitar o desenvolvimento da capacidade de observar e refletir sobre a realidade, e buscar meios para modificá-la (THIOLLENT, 2007).

Destarte, a pesquisa-ação não se limita a uma forma de ação (ativismo), mas, pretende aumentar o conhecimento dos pesquisadores e do grupo pesquisado, e sua configuração depende dos objetivos e do contexto no qual é aplicada (THIOLLENT, 2007).

O planejamento na pesquisa-ação é flexível, e sua concepção e organização devem seguir uma ordem temporal, de modo a garantir o início que é a etapa exploratória; e o seu fim, que consiste na divulgação dos resultados. No entanto, as

etapas intermediárias não precisam ser ordenadas em uma temporalidade determinada e sequencial, pois há uma dinâmica constante.

As etapas da pesquisa-ação são constituídas por: fase exploratória, tema da pesquisa, colocação dos problemas, lugar da teoria, hipóteses, seminário, amostragem e representatividade qualitativa, coletas de dados, plano de ação, aprendizagem, saber formal/informal e divulgação dos resultados.

A fase exploratória consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas, e estabelecer um primeiro levantamento da situação e dos problemas. Esta fase ocorreu durante a realização de outras pesquisas neste serviço de acolhimento das quais tive a oportunidade de participar (LABRONICI *et al.*, 2010a; LABRONICI *et al.*, 2010b) e, quando a chefe de unidade mostrou interesse em ser focado o tema saúde com as mulheres e passamos a enxergar uma possível inserção da enfermeira na casa, para o desenvolvimento da consulta de enfermagem e educação em saúde e, posteriormente, houve a apresentação deste projeto para equipe profissional do serviço de acolhimento institucional e, para as mulheres, que aceitaram participar da pesquisa.

Em relação ao tema da pesquisa, Thiollent (2007) afirma que há sempre uma adequação a ser estabelecida entre as expectativas da população e as da equipe de pesquisadores. Deve ser escolhido em função de um compromisso entre o pesquisador e os elementos ativos da situação a ser investigada. Em certos casos, é determinado pela natureza e pela urgência do problema encontrado.

Outra fase descrita por Thiollent (2007) é a colocação dos problemas que, juntamente com a definição do tema e dos objetivos, determina a investigação (a pesquisa). Desta forma, após a escolha do tema: educação em saúde com mulheres vítimas de violência, surgiu a principal questão-problema: “Quais as necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica?” E na sequência foram elaborados os objetivos.

A pesquisa-ação precisa ser articulada dentro de uma problemática com um quadro de referência teórica adaptado aos diferentes setores: educação, saúde, trabalho, social. O papel da teoria consiste em gerar idéias, hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa e as interpretações. Nesse sentido, o lugar da teoria é o que fundamenta teoricamente a pesquisa-ação (THIOLLENT, 2007).

As hipóteses são as possíveis soluções para os problemas encontrados e, nesta pesquisa, transformaram-se em ações realizadas juntamente com as mulheres

durante as oficinas, por meio da relação de dialogicidade proposta pela educação libertadora de Freire (1999).

O papel do seminário, outra fase da pesquisa-ação, consiste na reunião dos pesquisadores para examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação. Como esta pesquisa é uma dissertação de mestrado, estas reuniões eram realizadas com minha orientadora, a fim de que discutíssemos sobre o seu andamento.

No que se refere à amostragem e representatividade qualitativa, a pesquisa-ação pode ser realizada com pequeno número de pessoas escolhidas intencionalmente, em função da representatividade social dentro da situação considerada (THIOLLENT, 2007).

Na fase de coleta de dados, as principais técnicas utilizadas são a entrevista coletiva nos locais de moradia ou de trabalho, e a entrevista individual aplicada de modo aprofundado (THIOLLENT, 2007). Nesta pesquisa, ocorreram em três momentos distintos: consulta de enfermagem individual para identificar as necessidades de educação em saúde, três oficinas, e entrevista individual gravada para avaliação das atividades desenvolvidas, visto que avaliação é fundamental na pesquisa-ação.

A fase plano de ação é uma exigência fundamental, e as ações devem ser explicitadas e avaliadas em termos realistas. Nesta pesquisa, iniciou-se com a apresentação do projeto para o Departamento Jurídico da Fundação de Ação Social. As modificações subsequentes relacionaram-se com as solicitações da banca examinadora na apresentação do projeto para qualificação e, posteriormente, no decorrer das oficinas em função das necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica.

As fases seguintes da pesquisa-ação são aprendizagem e saber formal/saber informal (THIOLLENT, 2007). Ocorreram mediante a relação estabelecida entre mim e as mulheres vítimas de violência doméstica, e baseou-se nas suas experiências de vida.

A última fase da pesquisa-ação que consiste na divulgação dos resultados, e nesta pesquisa ocorreu mediante defesa pública desta dissertação, envio de relatório para a Fundação de Ação Social e produção de artigo científico.

3.1 LOCAL DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Foi o Serviço de acolhimento Institucional implantado no ano de 1993, com caráter protetivo e transitório, para garantir o atendimento às necessidades trazidas pelas mulheres vitimizadas com idade superior a 18 anos, acompanhadas ou não de seus filhos, e encaminhadas pelos Núcleos Regionais, Centrais de Atendimento Social, Delegacia da Mulher, Conselhos Tutelares, Vara da Família, Conselho Municipal da Condição Feminina e Unidades de Saúde. Tem como objetivo reinserir a mulher na sociedade, pela retomada de sua vida, ao convívio familiar e social, de forma que possa refazer sua história.

O Serviço de Acolhimento Institucional possui uma equipe de atendimento composta pela chefe de unidade que é pedagoga, apoio técnico que é uma psicóloga, e 6 funcionários operacionais, a saber: 1 técnica administrativa, 2 coqueiras, 1 motorista, e 2 serviços gerais, conta ainda com 10 educadoras das quais 9 trabalham em sistema de plantão 12/36 horas e 1, oito horas diárias. Os funcionários operacionais e educadoras possuem o ensino médio completo, para estes cargos não há necessidade de graduação.

Todos os profissionais que atuam no serviço são funcionários da Prefeitura Municipal de Curitiba, que realiza periodicamente cursos de capacitação profissional e educação continuada sobre violência e, para as educadoras, há também cursos voltados para a área educacional.

Existem, no serviço, rotinas a serem seguidas como: tomar café da manhã; organizar o quarto; ir trabalhar; levar as crianças à escola, procurar emprego e novo lar, aprender bordado, pinturas e artesanatos.

Há também os cursos que a FAS oferece gratuitamente para capacitação profissional. Nos finais de semanas, as atividades variam de acordo com a vontade e disposição das mulheres, mas todas as opções feitas devem passar por aprovação da chefe de unidade e apoio técnico para que a casa, as mulheres e crianças não entrem em risco de violação de segurança.

As mulheres e seus filhos menores de 12 anos podem permanecer na casa em média por três meses, conforme Normativa Interna da FAS, e este tempo limite serve para que a mulher possa buscar, juntamente com os profissionais deste serviço, uma reinserção na sociedade, através de trabalho e nova moradia, mas o tempo de permanência varia de acordo com o caso, e os filhos maiores de 12 anos

são encaminhados para outro serviço de acolhimento específico para o atendimento de adolescentes.

3.2 DELIMITAÇÃO TEMPORAL

A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2009 a março de 2010.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram dezesseis mulheres que estavam residindo no Serviço de Acolhimento Institucional e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 01).

3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu mediante a consulta de Enfermagem, mas antes de realizá-la, elaborei a Ficha para Consulta de Enfermagem à Mulher Vítima de Violência doméstica – FICEMVIV (APÊNDICE 02), baseada na Agenda da Mulher (BRASIL, 2006c).

A Consulta de Enfermagem, atividade privativa da enfermeira, foi regulamentada pelo artigo 8.º do Decreto n.º 94.406/87, da Lei n.º 7.498/86 (BRASIL, 1986b) e, nesta pesquisa, fez parte da fase exploratória.

Foram realizadas 16 consultas de enfermagem com as mulheres vítimas de violência doméstica, que ocorreram em uma sala pré-determinada pela chefe de unidade, que oferecia privacidade, mas não permitia a realização do exame físico completo, em função da falta de equipamento e porque não faziam partes dos objetivos propostos. O tempo médio de duração foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Ao finalizá-las, avaliei todas as FICEMVIV para identificar as necessidades de educação em saúde das mulheres. Estas foram elencadas em tópicos e, para cada um, elaborei material didático, fundamentado teoricamente, a fim de que nos dias das oficinas escolhessem sobre quais queriam dialogar.

A segunda etapa ocorreu com a realização de três oficinas com todas as mulheres que haviam realizado anteriormente a consulta de enfermagem. Desta

forma, participaram da primeira oficina M1, M2, M5 e M8, da segunda oficina: M1, M2 e M9, e da terceira oficina: M10, M11, M12, M14, M15 e M16.

As mulheres M3, M4, M6, M7 e M13 que participaram da primeira etapa (consulta de enfermagem) saíram da casa antes da realização das oficinas ou, por ter optado realizar outras atividades.

Para a realização de cada oficina, desenvolvi treze dinâmicas relacionadas com os temas escolhidos pelas mulheres, e que foram descritas resumidamente em quadros para melhor visualização (APÊNDICE 03).

A última etapa, a avaliação das atividades educativas desenvolvidas, vez que avaliar faz parte da pesquisa ação, foi realizada com as onze mulheres que participaram da consulta de enfermagem e de, pelo menos, uma oficina. Esta terceira etapa ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em formato digital, transcritas na íntegra, e analisadas de acordo com a proposta de Bardin (2004): organização da análise, codificação, categorização e inferência.

A organização da análise consiste em realizar uma pré-análise, compreendida como a fase da organização propriamente dita. Nela é realizada a escolha da técnica (no caso desta pesquisa, foi a entrevista), a leitura flutuante do material escolhido, a formulação das hipóteses e objetivos. Essa é uma suposição feita pela intuição, e que permanece em suspenso até a prova dos dados propriamente dita (BARDIN, 2004).

A codificação para a autora (2004) corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Para a codificação, é realizada a escolha das unidades de registro e de contexto, e estas devem ser pertinentes aos objetivos da análise.

As unidades de registro são as unidades de significações que devem ser codificadas; visam a categorização e a contagem inicial. As mais utilizadas são a palavra, o tema, o objeto, o personagem, um acontecimento, um documento.

A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro, corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões são superiores às da unidade de registro, e objetivam a compreensão da significação exata desta unidade. A unidade de contexto é realizada utilizando uma frase (unidade de contexto) para a palavra (unidade de registro), ou um parágrafo para o tema (BARDIN, 2004).

A unidade de registro é o contável, e a regra de enumeração é o modo de contagem que pode ser presença, frequência, intensidade, direção, ordem, ou coocorrência. Após esta codificação (unidade de contexto e de registro), é realizada a escolha das categorias (BARDIN, 2004).

A categorização, nesta proposta, não é uma etapa obrigatória, mas uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, com critérios previamente definidos. Estes podem ser: semântico, sintático, léxico e expressivo. Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros, o que permite seu agrupamento. É compreendido como um processo do tipo estruturalista (BARDIN, 2004).

A próxima etapa proposta por Bardin (2004) é a inferência, a conclusão da análise de conteúdo realizada. Essa permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados quantitativos e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas.

Após esta análise de conteúdo surgiu a categoria: **Corpo redescoberto - o cuidado e o compartilhar experiências propiciados pela enfermeira.**

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

No que diz respeito aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e aprovado (CAAE 0051.0.091.000-09) (ANEXO 01). Após, foi apresentado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR que se mostrou favorável ao seu desenvolvimento.

Na sequência, o projeto, com seus respectivos pareceres foram encaminhados ao Departamento Jurídico da FAS que, após avaliação, liberou o campo de pesquisa, mediante a assinatura do termo de compromisso. Este ressalta a não menção do endereço deste serviço de acolhimento institucional, para segurança das moradoras e profissionais.

Para finalizar os trâmites legais, o Departamento Jurídico entregou uma cópia do termo de compromisso para a Coordenação da Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Em seguida, fiz contato telefônico com a coordenadora para

confirmar a liberação do local, agendei um horário com a chefe de unidade do Serviço de Acolhimento e apresentei o projeto.

No dia marcado, estavam presentes na reunião além de mim, a professora orientadora, a chefe da unidade e a psicóloga que representa o apoio técnico do serviço de acolhimento. Ambas mostraram-se interessadas no desenvolvimento do projeto, demonstraram postura de abertura, flexibilidade e acolhimento. Por terem assumido a direção recentemente, aproveitamos a oportunidade para apresentar os projetos realizados naquele local anteriormente.

Discutimos sobre os horários e os dias da semana mais adequados para o desenvolvimento das minhas atividades, que foram explicitadas no cronograma. No dia seguinte, houve uma reunião de apresentação do projeto para as mulheres vítimas de violência doméstica que lá residiam.

A fim de manter o anonimato destas mulheres participantes da pesquisa, seus nomes foram substituídos pela letra M, seguida de algarismo arábico em ordem crescente e de acordo com a sequência de atendimento. Exemplificando, a primeira entrevistada recebeu o código M1, a segunda M2, e assim sucessivamente.

4 O CAMINHO PERCORRIDO

4.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM: O RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Para identificar as necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica, foi realizada uma consulta de enfermagem com cada participante da pesquisa.

Ao considerar como contexto social e econômico as condições de vida e trabalho, nível de escolarização, bem como a comunidade em que se integram as participantes, no caso desta pesquisa a comunidade é composta por mulheres que sofreram violência doméstica e que foram residir temporariamente em um serviço de acolhimento institucional, fez-se necessário traçar um breve perfil das participantes.

A faixa etária destas mulheres variou de 20 a 43 anos, treze estavam desempregadas no momento da pesquisa, as que trabalhavam eram auxiliar administrativo, servente de limpeza e pedagoga. Quanto ao nível de escolarização, seis têm o ensino fundamental incompleto, duas o fundamental completo, uma o médio incompleto, seis o médio completo e uma o curso superior completo.

Este perfil vai ao encontro de estudo realizado anteriormente neste serviço de acolhimento (LABRONICI *et al.*, 2010a), no qual o resultado obtido após análise de 886 fichas de atendimentos do ano de 1993 a 2007, constatou que a idade das mulheres atendidas variou de 18 a 88 anos, e a maioria tinha o ensino fundamental incompleto, e estavam desempregadas.

4.1.1 Conhecendo cada uma das participantes

A mulher M1, 25 anos, ensino médio completo, foi vítima pela primeira vez de violência física ocorrida há quinze dias, que resultou em um corte na cabeça e equimoses por todo o corpo. Todavia, explicitou que a violência sexual sempre ocorreu porque seu companheiro a forçava a ter relações vaginal e anal sem preservativo. Como consequência, sentia dores e passou a apresentar prurido vaginal com leucorreia. Além disso, mencionou sinais e sintomas da violência psicológica, que pode ser constatado no fragmento do discurso:

[...] por causa das ameaças, eu sentia dores de cabeça, estresse, não comia e nem dormia direito, ficava sempre triste. (M1).

O primeiro serviço que M1 procurou foi a delegacia da mulher, que a encaminhou para o Serviço de Acolhimento Institucional. Referia dor aos movimentos respiratórios que se iniciaram após a agressão sofrida, e estava com consulta médica agendada em uma Unidade de Saúde. Relatou a presença de secreção nas mamas, queixou-se de prurido em região genital e leucorreia com odor fétido. Tem histórico de candidíases frequentes, e informou ter realizado cauterização uterina. Teve uma gestação e um parto normal. Possui história de cálculo renal, refere disúria e urina concentrada, e não tem o hábito de ingerir água com frequência.

A gestante M2, 31 anos, tem ensino fundamental incompleto, sofreu a primeira agressão há dois meses da consulta de enfermagem e, nesse período, já estava grávida. Em função das cólicas que passou a apresentar após o ocorrido, procurou o pronto-socorro de um hospital público da cidade de Curitiba, contudo, mencionou ter sofrido uma queda e omitiu a violência praticada pelo seu companheiro. Na sequência do seu atendimento no hospital foram realizados exames que possibilitaram diagnosticar hidrocefalia fetal. Após, recebeu alta e retornou à sua casa. No entanto, as agressões continuaram, e sofreu ameaças com arma de fogo. Tal situação a fez procurar ajuda, razão pela qual foi até a delegacia da mulher para fazer o boletim de ocorrência.

M2 estava em sua sexta gestação e mencionou que seus filhos são de cinco pais biológicos diferentes. Teve um aborto espontâneo, estava em pré-natal de alto risco devido ao diagnóstico de hidrocefalia do feto, apresenta toxoplasmose, fez tratamento para infecção urinária e leucorreia durante a gestação.

No relato da M3, 21 anos, ensino fundamental incompleto, verificou-se a ocorrência de violência física e psicológica há seis anos. Nesse período, nunca procurou ajuda e, ao ser expulsa de casa pelo companheiro, foi procurar a delegacia da mulher, que a encaminhou para o serviço de acolhimento com seus dois filhos. Relatou apresentar leucorreia com odor fétido, teve duas gestações, um parto normal e outro cesáreo, relata sentir dores em membros inferiores nos quais havia a presença de varicozes.

Ao término de seu exame físico, relatou que sua filha de sete anos estava com prurido vaginal e pediu-me que olhasse. Ao examiná-la, constatei hiperemia na região genital e presença de secreção amarelada com odor fétido. A mãe comentou que havia a suspeita da filha ter sido violentada sexualmente pelo avô que estava sendo investigado. Após encerrar a consulta de enfermagem, comuniquei à chefe de unidade, que prontamente fez contato com o enfermeiro do hospital pediátrico Pequeno Príncipe³.

O enfermeiro do hospital pediátrico orientou que a criança fosse encaminhada ao Instituto Médico Legal para realização de corpo de delito para confirmar ou não a violência sexual. Todavia, a chefe de unidade do serviço de acolhimento teve que informar o CREAS para que fossem tomadas providências legais a respeito.

A mulher M4, 43 anos, ensino médio completo, sofria violência física, psicológica e sexual há quatorze anos; apresentava cicatrizes pelo corpo e no local da retirada do dreno de tórax havia hiperemia, porém, sem presença de secreção e enfisema cutâneo, e relatava dor intensa. Informou ter tentado suicídio. Teve uma gestação e um parto normal. Era a segunda vez que estava na Pousada, e o motivo do seu retorno foi porque a última agressão sofrida resultou em pneumotórax e internação. Nesta ocasião, informou aos profissionais de saúde que a atenderam que tinha sido vítima de violência.

A participante da pesquisa M5, 33 anos, ensino médio completo, relatou durante a consulta de enfermagem, ter sido vítima de violência psicológica por parte dos seus familiares que a expulsaram de casa na sua quarta gestação. Teve dois partos normais e um cesáreo, apresentava-se hipocorada, mencionou utilizar sulfato ferroso e estar com leucorreia com odor fétido. Informou que seus três filhos permaneceram com a avó, e que a violência sofrida foi desencadeada pelo fato de continuar desempregada e estar mais uma vez grávida e de pais diferentes.

M6, 32 anos, ensino fundamental incompleto relatou que sofria violência física e psicológica há cinco anos, era agredida sempre com uma barra de ferro, e a última agressão resultou em vários hematomas na cabeça. Foi atendida pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) e, após sair do hospital, procurou a delegacia da mulher. Mencionou que é a segunda vez que está na casa,

³ Hospital Pequeno Príncipe: hospital pediátrico, referência na cidade de Curitiba para crianças com suspeitas ou vítimas de violência sexual.

relatou apresentar cefaléia com frequência, dores em região lombar após as agressões sofridas e leucorreia. Tem cinco filhos de dois pais biológicos.

A participante M7, 40 anos, ensino fundamental completo, resolveu procurar a delegacia da mulher por sofrer violência física, principalmente na cabeça, praticada pelo companheiro durante um ano, mas não foi violentada sexualmente. Durante a consulta foi possível perceber que não queria falar mais a respeito, mesmo quando indagada. Apresenta integridade da pele prejudicada, relatou dor em membros superiores após a última agressão, e também referiu leucorreia. Tem três filhos de dois pais biológicos.

M8, 32 anos, gestante, ensino fundamental incompleto relatou que o marido, além de ingerir bebida alcoólica com frequência, fazia uso de drogas ilícitas, e a agredia assim como aos filhos, principalmente na cabeça. Essa situação perdurou durante sete anos. Além da violência física, sofria a psicológica, por meio de ameaças. Está em sua sexta gestação, já teve um aborto, relata que todos os filhos são do mesmo pai biológico, apresenta dor em membro superior direito, astenia em membros inferiores e excesso de peso.

Na consulta de enfermagem, M9, 40 anos, ensino superior completo, mencionou que começou a ser agredida há aproximadamente quinze anos, seu agressor fazia uso de drogas ilícitas, a ameaçava com faca, e a forçava ter relações sexuais sem uso de preservativo. Apresentava-se bastante nervosa, chorosa, relatou inapetência.

M10 tinha 40 anos, ensino médio incompleto, informou que a violência doméstica perpetuava há dezessete anos, e em uma das vezes foi agredida na cabeça com a fivela de um cinto. Procurou assistência médica em um hospital e foi acompanhada pelo marido, o que a fez omitir o fato de que havia sofrido violência doméstica, e mencionar que havia caído. Também era forçada a ter relações sexuais sem preservativo. Referiu acuidade visual prejudicada, queixou-se de leucorreia em pouca quantidade, teve seis gestações das quais três a termo, dois abortos espontâneos e um provocado.

A participante da pesquisa M11 tinha 42 anos, ensino médio completo era violentada há sete anos, e a primeira violência ocorreu quando estava grávida de sete meses. As agressões eram com arma branca, mordidas e socos. Era obrigada a ter relações sexuais todos os dias sem preservativo e sentia dor. Fez o boletim de ocorrência três vezes na delegacia da mulher, e o agressor foi preso duas vezes.

Entretanto, nesta última agressão foi encaminhada para o serviço de acolhimento. Tem diagnóstico de hipertensão e diabetes, acuidade visual prejudicada, está acima do peso. Relatou insônia e dor intensa em membros superiores devido à bursite e à tendinite, segundo informou M11.

M12 tinha 37 anos, ensino fundamental completo, sofreu a primeira agressão há sete anos pelo companheiro, que também assediou sexualmente sua filha. Relatou que era usuário de drogas ilícitas, e a forçava a ter relações sexuais na frente de seus filhos menores. Foi preso quatro vezes, mas no momento estava solto. Referiu ter sido perseguida, razão pela qual procurou o Conselho Tutelar, que a encaminhou para o serviço de acolhimento, pela segunda vez, com seus três filhos. Realizava, juntamente com eles, tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) para depressão, e demonstrou estar preocupada com eles. Referiu leucorreia com odor fétido.

A participante M13 tinha 20 anos, ensino fundamental incompleto, está em sua quarta gestação e não sofreu violência física. Seu companheiro é traficante de drogas, e como estava sendo ameaçado, abandonou-a fugindo com o dinheiro da família, motivo que a fez procurar a FAS, e ter sido encaminhada para o serviço de acolhimento. Estava na quarta gestação, relatou que seus filhos são do mesmo pai biológico, e estavam em abrigos por determinação do Conselho Tutelar. Foi possível constatar falta de higiene, e a única queixa apresentada foi de leucorreia com odor fétido e prurido. Solicitei que informasse sobre esta queixa na consulta médica que realizaria no dia seguinte.

M14 tinha 21 anos, ensino médio completo, estava grávida e omitiu até o momento a paternidade para sua família, motivo pelo qual entrou em conflito com a mãe e saiu de casa, o que a fez procurar ajuda no Conselho Tutelar. Este a encaminhou para o Serviço de Acolhimento Institucional. Ao mencionar que desejava doar a criança, foram feitos os encaminhamentos necessários para adoção. Realizava corretamente o pré-natal, e não apresentou queixas no momento da consulta.

M15 tinha 24 anos, ensino médio completo, foi violentada pelo marido que após sair da prisão, passou a persegui-la em seu trabalho, razão pela qual foi despedida, pois o agressor fazia escândalos e ameaçava seus colegas. Ficou escondida, mas diante de tantas ameaças de morte, foi encaminhada ao serviço de acolhimento. O que chamou atenção no relato desta participante é que durante seis

anos de casamento, sofreu violência doméstica que iniciou quando estava grávida de gêmeos e os perdeu, em função das agressões sofridas. Teve uma filha com o agressor, e mesmo assim a violência não parou, ao contrário, ficou em cárcere privado. Neste período, ela e a filha foram agredidas e encaminhadas para o hospital, e em seguida, o marido foi preso. M15 estava em tratamento psiquiátrico devido à depressão, não apresentava queixas algicas, estava chorosa, desanimada e confusa, e isso a impedia de organizar suas falas.

M16 tinha 28 anos, ensino fundamental incompleto, estava no serviço de acolhimento pela segunda vez por ter sofrido agressões do seu companheiro que era usuário de drogas ilícitas. Encontrava-se no puerpério, e relatou ter sofrido violência sexual durante a gestação. Teve parto normal, referiu estar com sangramento vaginal em pequena quantidade, apresentava mamas volumosas e íntegras, boa pega do bebê, informou ter tido leucorreia com odor fétido na gestação e foi tratada, apresentava-se confusa.

4.1.2 Outros aspectos abordados na consulta

No que se refere ao tempo de residência no Serviço de Acolhimento Institucional a permanência variou de um a noventa e seis dias. Ainda vale ressaltar que, das dezesseis participantes, três estavam na casa pela segunda vez, devido reincidência da violência.

Os antecedentes familiares identificados, conforme doenças apresentadas na Agenda da Mulher (BRASIL, 2006c) estão descritos na tabela 01.

TABELA 01 – ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedentes familiares	Número de mulheres
Varizes (em membros inferiores)	13
Hipertensão	12
Acidente vascular cerebral	9
Diabetes	9
Doenças do coração	9
Transtornos psiquiátricos (depressão, drogadição)	8
Câncer	7
Obesidade	5
Osteoporose	4
Doenças pulmonares	3
Anemia falciforme	1

FONTE: A autora (2010)

No que diz respeito aos antecedentes pessoais, as mulheres participantes da pesquisa apresentam as seguintes doenças (TABELA 02):

TABELA 02 – ANTECEDENTES PESSOAIS

Antecedentes pessoais	Número de mulheres
Transtornos psiquiátricos (ansiedade, estresse, depressão, drogadição)	12
Varizes (em membros inferiores)	8
Anemia ferropriva	7
Outras doenças do aparelho urinário (infecções repetidas)	5
Hipertensão	4
Outras doenças do aparelho urinário (infecção na gestação)	2
Mioma uterino	2
Toxoplasmose	3
Doenças do coração (arritmia)	2
Doenças do aparelho gastrointestinal (gastrite nervosa)	2
Doenças pulmonares	2
Doença hipertensiva na gestação	1
Outras doenças do aparelho urinário (cálculo renal)	1
Diabetes	1
Doenças músculo-esqueléticas	1
Doenças da tireoide (hiper)	1
Obesidade	1

FONTE: A autora (2010)

As medicações que relataram fazer uso são atenolol, enalapril, hidroclorotizida, ácido fólico, dexametasona, sinvastatina, metformina, ácido acetilsalicílico, acheflan, sulfato ferroso, diazepam, fluoxetina e espiromicina para as gestantes que apresentavam toxoplasmose.

As mulheres que sofrem violência de gênero têm sua saúde prejudicada tanto pelas consequências físicas resultantes do espancamento (lesões torácicas ou abdominais, hematomas e equimoses, síndrome da dor crônica, deficiência, fibromialgia, fraturas, doenças gastrointestinais, síndrome do intestino irritável, lacerações e abrasões, dano ocular, funcionamento físico reduzido), quanto por desenvolverem problemas sexuais e reprodutivos (infertilidade, doença inflamatória pélvica, complicações na gravidez/aborto, disfunção sexual, DSTs, gravidez indesejada) (OMS, 2002; GARBIN *et al.*, 2006).

Em relação às doenças como HIV/AIDS, sífilis, hepatites, três das gestantes informaram terem realizado os exames durante o pré-natal (uma gestante não havia começado o pré-natal), seis relataram que fizeram há um ano, três não realizam estes exames há mais de três anos, quatro relataram nunca ter feito, e nenhuma delas tem diagnóstico dessas doenças, conforme informaram.

Importante se faz destacar que a violência acarreta uma série de agravos à saúde física das mulheres como fadiga, cefaleias, distúrbios do sono e dos padrões de alimentação e, em especial, o risco de gravidez e de contágio de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006d), o que vai ao encontro dos dados apresentados nesta pesquisa.

Sobre o histórico de imunizações, sete estão com a carteira de vacinação em dia, uma não sabia informar, pois não trouxe para O Serviço de Acolhimento, e oito não possuem este documento. Neste sentido, é importante destacar que o Ministério da Saúde preconiza em seu atual calendário básico de vacinação para adulto e idoso, que a partir dos vinte anos, gestante, não gestante, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior, devem seguir o esquema de vacina da seguinte maneira: tomar três doses da dT (dupla tipo adulto, contra difteria e tétano), e reforço a cada dez anos por toda vida, dose única de SCR (tríplice viral – sarampo, caxumba e rubéola), e febre amarela a cada dez anos após a dose inicial (BRASIL, 2009).

Quatro mulheres relataram ter história de transfusão sanguínea, e as alergias mencionadas são contra pó, alimentos como tomate, chocolate e abacaxi, poeira, cigarro, perfume e ácido acetilsalicílico.

Outro item abordado na consulta de enfermagem foi sobre hábitos de consumo regular, no qual seis mulheres relataram ingerir álcool esporadicamente, e uma (M6) é alcoólatra há dezessete anos e faz uso de cocaína há quinze, há um mês passou a ser atendida no CAPS, e sua participação efetiva ocorreu após a permanência no Serviço de Acolhimento. Anteriormente a esta situação tinha sido encaminhada, mas não se interessou pelo tratamento.

Estes dados corroboram com o que foi constatado por Zaleski *et al.* (2010) que uma grande proporção de indivíduos está sob efeito de álcool quando a violência ocorre, e que pessoas com consumo excessivo de álcool ou até mesmo com história de alcoolismo têm maior probabilidade de se envolver em relacionamentos violentos, do que aqueles que se abstêm ou bebem com moderação.

Ainda sobre o consumo de drogas relacionado à violência doméstica, pesquisa realizada por Zilberman e Blume (2005) constatou que em 92% dos episódios notificados deste tipo de violência há o uso de substâncias psicoativas pelo agressor, pela vítima ou por ambos. O álcool e outras drogas são geralmente utilizados por mulheres para automedicação da dor decorrente destas situações e do trauma. E as vítimas de violência possuem de duas a três vezes mais probabilidade de abusarem de álcool e de terem usado cocaína, e ainda, mulheres em tratamento por problemas com álcool e outras drogas relatam altos índices de vitimização.

Em relação às participantes desta pesquisa, M3, M13 e M14 também relataram que já foram usuárias de drogas ilícitas como cocaína, *crack*, maconha, mas atualmente não fazem uso. Ainda, em relação aos hábitos de consumo regular, oito são tabagistas há aproximadamente dez anos, incluindo as gestantes M2, M13 e M14, e a puérpera M5. Relataram ter tentado parar de fumar, mas sem sucesso. Quatro mulheres disseram que antes de entrar na casa realizavam atividades físicas programadas.

Quando perguntadas sobre procedimentos cirúrgicos ou outros tratamentos não relatados, sete informaram que realizaram parto cesárea, duas passaram por cirurgias ortopédicas por causa de acidentes automobilísticos, uma fez

colecistectomia, outra fez esplenectomia, uma fez laparoscopia, e uma fez apendicectomia.

No que diz respeito aos exames colpocitopatológicos, cinco mulheres relataram fazer regularmente, sete informaram que só fizeram durante o período de pré-natal, e esse tempo variou de seis meses a dezesseis anos atrás, três mulheres fizeram no início do ano de 2009, mas ficaram de quatro a sete anos sem realizá-lo, e M8 que tem 32 anos e está gestante disse que realizou pela primeira vez há um mês.

O Ministério da Saúde preconiza que toda mulher que teve ou tem relação sexual, deve submeter-se a exame preventivo, especialmente se estiver na faixa etária de 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente um exame deve ser feito a cada ano, e caso o resultado de ambos seja normal no intervalo de um ano, poderá ser realizado a cada três anos (BRASIL, 2006c). No entanto, isso não quer dizer que não devam mais comparecer às consultas de enfermagem e médicas.

Quanto à mamografia, três fizeram o exame por apresentarem dor em região mamária, sem resultados de anomalias, duas fizeram devido à dor e/ou presença de secreção. No entanto, cinco das participantes têm mais de 40 anos, e não realizaram este exame, o que vai de encontro ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde para detecção precoce do câncer de mama.

A lei 11.664 de 29 de abril de 2008 que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), decreta a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2008b).

Em relação ao estado emocional destas mulheres, na pergunta aberta “Como se sente?” todas mencionaram que estavam ansiosas e tristes pelo que aconteceu em suas vidas, mas metade delas disse que aos poucos estavam melhorando e tentando superar a adversidade sofrida, conforme os discursos abaixo:

Agora estou melhor, estou um pouco mais centrada, sofri muito por estar sem meu filho, perdi meus bens, ainda tenho recaídas, mas eu estava sem sorrir, não sabia mais sorrir, só chorava. (M4).

Estou preocupada com minha filha, de não conseguir, mas estou me virando, com a ajuda das meninas da casa vai melhorar, já mandei vários currículos, mas estou preocupada. (M5).

[...] Antes eu vivia chorando, não tinha vontade de fazer nada e hoje tenho vontade de ter a minha própria casa e de me cuidar. (M8).

[...] Está na hora de resolver minha vida, tenho minhas amigas, eu vou me ajudar. (M9).

Agora estou emocionalmente melhor. (M 10).

Sinto como estivesse ressurgindo das cinzas, me sinto forte agora. Como se tivesse queimado e eu tenho que construir tudo de volta. Estou me levantando, estou vendo a luz do sol, vendo o dia, ainda tenho chance de me recompor, com Deus e comigo. Tenho como mudar tudo. (M11).

Estou com bastante medo, perdida, principalmente sozinha por ter que fugir, medo de criar minha filha sozinha, mas não estou mais tão triste, teve época que eu não conseguia comer. Para sair daqui é uma luta, tenho medo dele me encontrar. Fico em pânico mas estou controlando. (M15).

Estou mais tranqüila, estou pensativa, meu filho nasceu bem, ele me prejudicou, ele nunca gostou de mim e nem dele mesmo. (M16).

As consequências que afetam a multidimensionalidade das mulheres vítimas de violência vão além da dor física, visto que podem provocar transtornos psicológicos e comportamentais, o uso abusivo de álcool e drogas, causar depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias, baixa da autoestima, transtorno do pânico, estresse pós-traumático e comportamento sexual inseguro. Muitas dessas consequências podem levar ao suicídio ou até mesmo, a cometerem o homicídio, que refletem desequilíbrios tanto emocionais e familiares, como nas esferas social e econômica (OMS, 2002; GARBIN *et al.*, 2006).

As mulheres vítimas de violência doméstica estão mais suscetíveis a desenvolverem depressão, ansiedade e sintomas fóbicos, além de exprimirem sentimentos de solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação e descrença (ADEODATO *et al.*, 2005). No entanto, os serviços de acolhimentos como este onde a pesquisa foi desenvolvida tem proporcionado a essas mulheres a possibilidade de se reerguerem e buscarem um caminho novo e melhor para suas vidas.

Em relação ao autocuidado, foram realizadas as seguintes perguntas “Você cuida de si mesma? De que maneira realiza este cuidado?”. Duas mencionaram que a maneira como fazem é mediante a realização de exames e consultas periódicas, conforme explicitado na fala a seguir:

Cuido, sempre cuidei, mesmo sofrendo do jeito que sofria, nunca deixei de ir ao médico, fazia preventivo, psicologicamente sempre procurei ajuda [...] (M4).

A participante M4 foi violentada durante quatorze anos e, diante de seu relato acima, a noção que ela parece ter de autocuidado é de que mesmo após as agressões, o fato de ir ao médico e procurar ajuda de psicólogos perfaz o seu autocuidado, mesmo que depois desta conduta, seja agredida novamente. Portanto, não faz relação de autocuidado com a ausência da violência, talvez porque, o que a fez permanecer nesta condição durante anos, seja mais importante para ela do que seu autocuidado efetivo.

Neste mesmo sentido, sete mulheres alegaram que se cuidam, mas o cuidado realizado está relacionado à alimentação, imagem corporal e higiene:

Cuidar eu cuido, como bem, alimentos bom para saúde, me movimento, caminho, em relação à higiene eu cuido, eu tenho preguiça de ir ao médico fazer as consultas. Assim que me cuido, como o que é saudável. (M5).

Eu cuido de mim, gosto de cuidar dos meus dentes, tenho boa higiene, se sinto algo de errado na bexiga ou na vagina, já procuro um médico. (M7).

Eu cuido de mim, tomo banho todos os dias, cuido dos meus dentes, do meu filho. Gosto das coisas arrumadas e limpas. (M8).

Tento me cuidar ao máximo, sou vaidosa. Estou me sentindo acabada, mas tento me cuidar, hidrato minha pele. Tinha dias que eu não queria me levantar, mas levantava e fazia as coisas. (M9).

Cuido um pouco, depois que conheci esta pessoa ele quis me mudar, a pessoa alegre que sou. Quero daqui para frente me cuidar. (M10).

Às vezes tenho ânimo, agora estou me sentindo muito descuidada comigo mesma. Quando me cuido eu procuro alimentar com mais salada, fruta, tomo líquido, só não faço exercício físico por eu não poder. (M15).

Eu acho que me cuido, primeiramente eu sou muito higiênica, cuido do meu cabelo, gosto de perfume, de creme. (M16).

De acordo com a OMS (2002) as mulheres violentadas são, muitas vezes, impedidas pelos agressores de ter acesso às informações e serviços, participar da vida pública e receber apoio emocional de amigos e parentes; não surpreendentemente, são muitas vezes incapazes de cuidar adequadamente de si e de seus filhos, motivo pelo qual se torna necessário ajudá-las a cuidar de sua saúde.

As outras mulheres participantes da pesquisa expressaram claramente não dar atenção ao autocuidado ou só procurar assistência médica quando é necessário. No entanto, duas das mulheres explicitaram que o fato de terem procurado um serviço especializado para o atendimento de mulheres vítimas de violência foi um ato de cuidado para si e para seu filho:

Eu ter ido na delegacia, acho que foi um cuidado comigo mesma e com meu filho. (M1).

A violência refletiu muito no meu corpo, coisas que eu não tinha eu passei a ter, espero agora ficar melhor, pois procurei a polícia e agora estou aqui. (M15).

As consequências dos agravos da violência na vida da mulher são marcadas pela baixa da autoestima, medo, isolamento social e até pela incorporação do sentimento de culpa, além do sentimento de temor que surge com maior frequência, paralisa e a impede de buscar ajuda, bem como a afasta de suas atividades rotineiras, como o autocuidado (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

Sobre a percepção destas mulheres acerca do tema saúde da mulher, foi possível perceber que trazem conhecimento a respeito deste assunto, mas há a necessidade da educação em saúde em grupo.

Há que se destacar que a ampliação do conhecimento mediante oficinas de educação em saúde, possibilita a troca de conhecimento, a sua readequação, a fim de promover a saúde e a qualidade de vida, e ajudá-las na aquisição da autonomia.

No que se referiu à pergunta “O que é saúde da mulher para você?”, nove mulheres relacionaram o tema com questões da anatomia própria do sexo feminino, exames correlacionados como autoexame das mamas e preventivo do câncer (colpocitopatológico) e DSTs. Cinco relacionaram com saúde psicológica, síndrome do pânico, baixa autoestima, carência afetiva. Ressalto que duas mulheres preferiram não responder, por não saberem o que é saúde da mulher.

No que diz respeito a atividades de educação em saúde, perguntei se haviam participado alguma vez, e onze das dezesseis mulheres relataram nunca terem participado de uma oficina ou qualquer outro evento que possibilitasse a discussão sobre saúde. Duas que frequentam o CAPS mencionaram que têm a oportunidade de participar de grupos de conversas, e outras três participaram durante o pré-natal e na escola quando eram adolescentes.

Quando perguntei sobre o que gostariam de discutir nas oficinas de educação em saúde, expressaram o desejo de saber sobre o que está acontecendo nos seus corpos, em relação às queixas mencionadas durante a consulta de enfermagem, conforme explicitado nas falas:

Gostaria de falar sobre o que é este corrimento que tenho, o que seria a bolinha que tive na vagina? Faço o preventivo, mas não faço aquele das mamas, pois eu não saberia diferenciar. (M1).

O que mais me preocupa é este cheirinho, este corrimento. (M5).

Eu queria saber sobre essa coceira que eu tenho aqui embaixo. (M13).

As participantes manifestaram ainda o interesse em conversar sobre o que poderiam ser outras manifestações clínicas das DSTs, câncer, e também sobre os exames que fazem, pois, se submetem a muitos sem, contudo, saber a finalidade, conforme expressaram:

Só sei que tem que ir fazer exame, não sei de mais nada, gostaria de saber. (M3).

Como nunca participei de uma conversa sobre saúde, eu queria entender sobre o câncer, sobre a AIDS, porque podemos passar para os outros as explicações. (M8).

Gostaria de saber sobre câncer, preventivo, minha filha tem corrimento muito forte, queria saber sobre isso. Sobre DSTs, porque eu quero ajudar minha filha, não queria que ela engravidasse agora. (M12).

Uma participante manifestou o interesse de que fosse abordado o tema violência contra a mulher, e as outras desejavam saber sobre temas relacionados à saúde mental e métodos contraceptivos.

O exposto pelas mulheres participantes da pesquisa durante a consulta de enfermagem permitiu identificar as necessidades de educação em saúde e possibilitou, ainda, a realização de algumas ações de cuidado individual naquele momento, além de encaminhamentos para Unidade de Saúde e Conselho Tutelar com intermediação da chefe do serviço de acolhimento institucional. Esta situação reforça a necessidade da presença da enfermeira nestes serviços.

Ao final das consultas de enfermagem foi possível identificar os seguintes temas para serem discutidos durante as oficinas: câncer de mama e de colo uterino, cuidado com o corpo feminino, DSTs, métodos anticoncepcionais, sinais e sintomas relacionados à saúde mental (depressão, ansiedade, estresse, baixa autoestima) e violência.

4.2 AS OFICINAS

No dia da realização da oficina, as mulheres (M1, M2, M5 e M8) estavam em uma sala de estar conversando, aguardando minha chegada para realizarmos as atividades propostas. Convidei-as para irem até a sala reservada, e após estarem acomodadas, pedi autorização para gravar o áudio da oficina, a fim de não perder nenhum detalhe.

Antes de iniciarmos as atividades propostas, sentamos em círculo, pois, de acordo com a pedagogia de Paulo Freire (1999) esse tipo de disposição propicia o diálogo em uma roda de conversa. Explicittei que conversaríamos sobre alguns dos temas identificados nas consultas de enfermagem, e que seriam escolhidos por elas. Assim, tomei o cuidado de prepará-las, mas o fato de poderem opinar, fez com que se sentissem responsáveis pela atividade e bem à vontade. Os temas escolhidos foram: sinais e sintomas relacionados à saúde mental (tristeza, angústia, ansiedade, baixa autoestima e estresse) e DSTs.

Para iniciarmos a oficina, fiz uma dinâmica descrita no quadro 02 (APÊNDICE 03) a fim de descontraí-las, e propiciar reflexão acerca dos sinais e sintomas mencionados. A dinâmica possibilitou o diálogo sobre sentimentos comuns compartilhados pelo grupo, a importância de se ter esperanças, e a superação da experiência vivida a partir dos objetivos estabelecidos por elas.

A técnica propiciou a confecção dos cartazes que fez com que as mulheres olhassem para dentro de si, e este voltar para si mesmas, ajudou-as a escreverem sobre elas.

Solicitei que cada uma falasse sobre o cartaz que havia confeccionado e, apesar da timidez durante a apresentação, conseguiram expressar seus pensamentos, suas emoções, uma complementava o que a outra tinha feito, escutavam atentamente, o que as ajudou a visualizar um novo sentido para a vida.

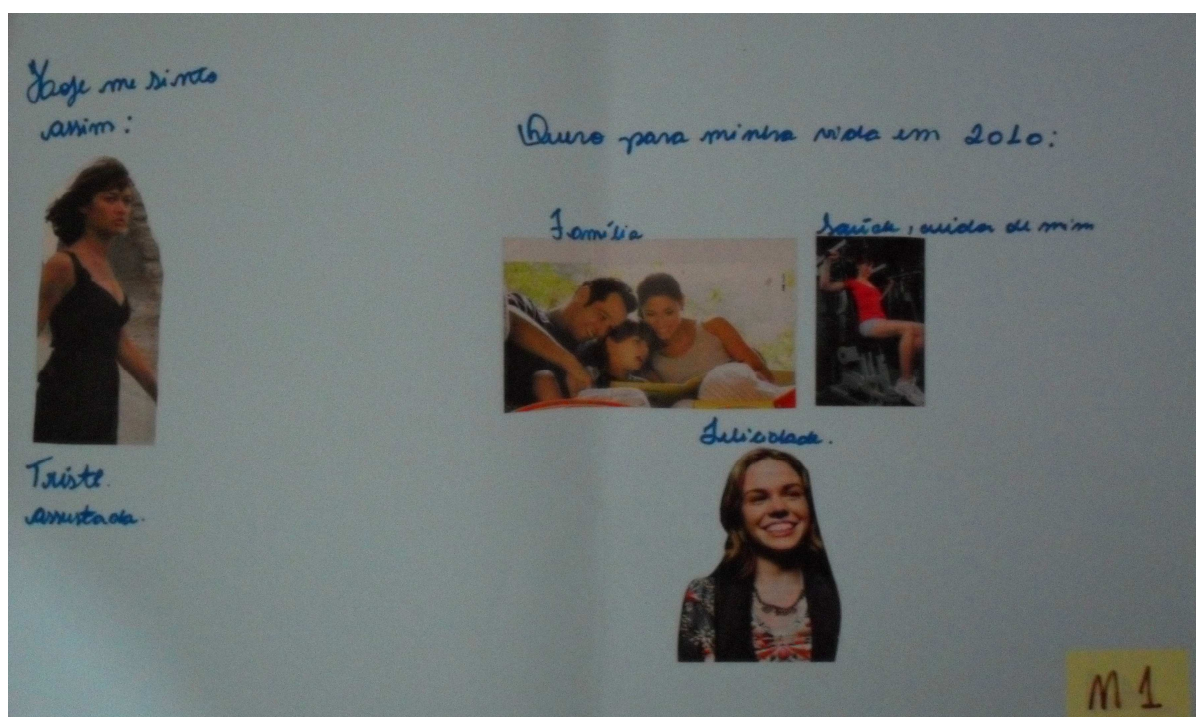


FIGURA 01 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M1

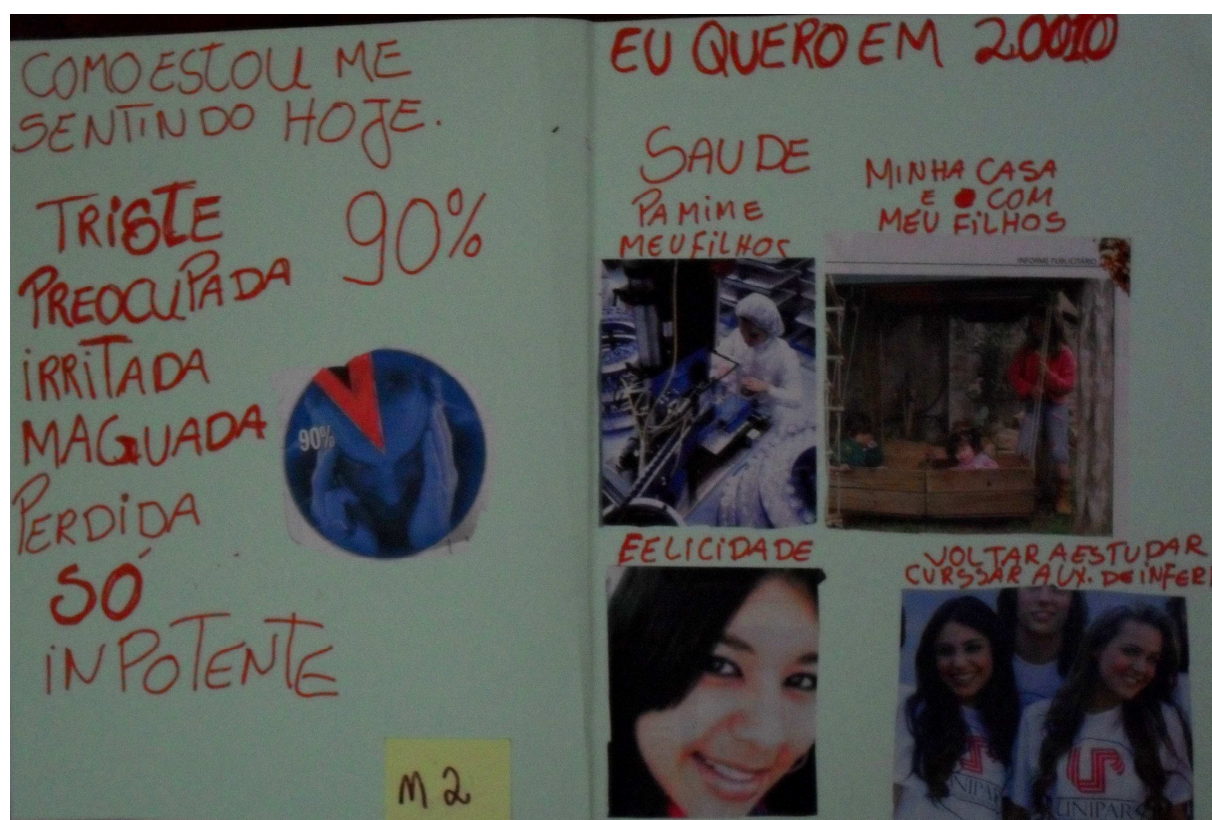


FIGURA 02 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M2

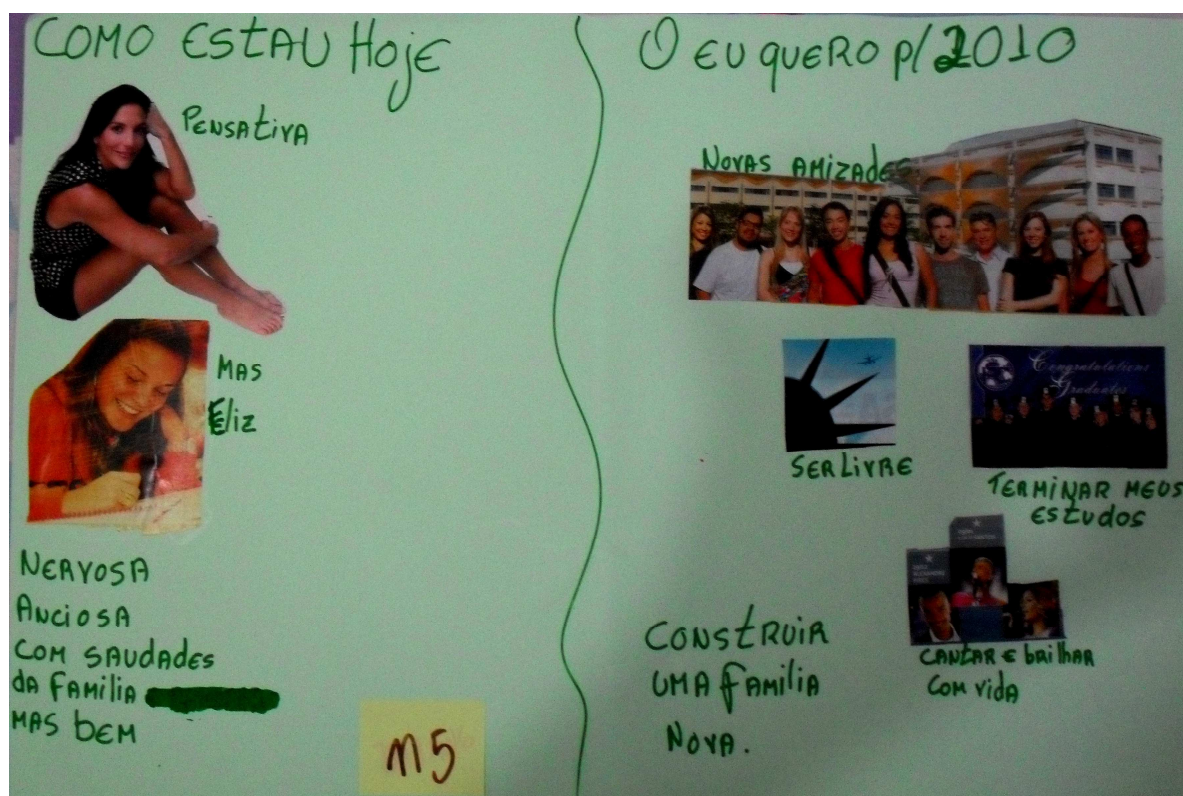


FIGURA 03 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M5

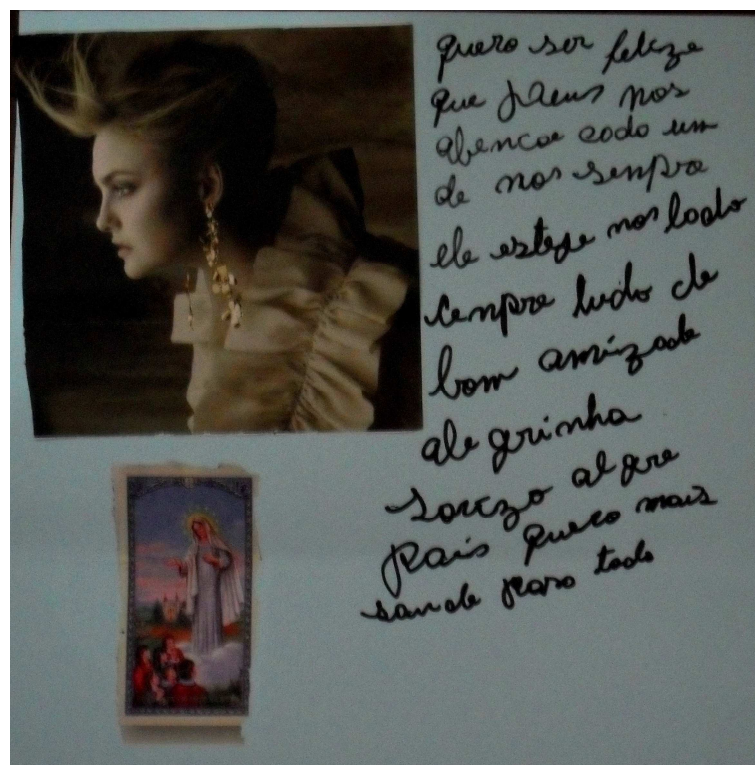


FIGURA 04 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M8

Ao observarmos estes cartazes, podemos ver que apesar de expressarem tristeza, preocupação, irritabilidade, mágoa, solidão, impotência, medo, M5 ainda colocou que se encontra em processo de reflexão, e M8 preferiu colocar a figura de uma mulher olhando o horizonte, e todas almejavam uma vida com mais felicidade e saúde. M1 e M5 escreveram que desejavam uma família, e ainda, M2 e M5 pretendiam voltar a estudar.

Importante se faz destacar que o educador, ao incitar cada participante da oficina a falar, descobre o outro e conhece seus anseios, o que possibilita a mediação. O diálogo é o encontro dos homens para ser mais, não pode desfazer-se na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam, ele não pode existir (FREIRE, 1999). Contudo, essas mulheres mostraram ter esperança de um futuro melhor, com mais autonomia e liberdade.

Na dinâmica, o diálogo foi estabelecido porque as mulheres participantes da pesquisa sentiam confiança. Isso vai ao encontro do que Freire (1999) explicita em sua pedagogia, ao afirmar de que ele só é possível quando há uma intensa fé no outro (educando). Esta diz respeito ao poder de fazer e refazer, de criar e recriar, relaciona-se também à vocação de ser mais, que não é privilégio de alguns, mas direitos dos educandos.

Como um dos temas escolhido por elas foram sinais e sintomas relacionados à saúde mental, fiz a dinâmica “o que é saúde mental?” (APÊNDICE 03) para descobrir o conhecimento que possuíam sobre o assunto, vez que na concepção de Freire (2006), ensinar exige respeito aos saberes dos educandos.

Ensinar e aprender são momentos de um processo maior: o de conhecer ou reconhecer, no qual o educando deve ser considerado como tal, na medida em que é capaz de conhecer ou reconhecer o conteúdo apresentado, e não quando este é depositado (FREIRE, 1997).

Para uma visualização mais didática, elaborei o quadro 01, que apresenta a percepção das participantes em relação à saúde mental, o que possibilitou a discussão sobre os sinais e sintomas apresentados na consulta de enfermagem como tristeza, estresse e nervosismo. Além disso, emergiram, durante o diálogo, as questões relacionadas à diminuição da autoestima, ansiedade e aos atos violentos do agressor.

Os sofrimentos que a violência causa, quando não são trabalhados com profissionais capacitados, podem ser somatizados e originam depressões ou outras doenças relacionadas à saúde mental. Há que ressaltar que 38% das mulheres que viveram situações de violência já pensaram em suicídio (MOREIRA *et al.*, 2008).

BOA SAÚDE MENTAL	SAÚDE MENTAL RUIM
<i>“Uma pessoa feliz, capaz de sonhar e realizar seus sonhos, capaz de trabalhar, capaz de ir e vir sozinho, não depender de ninguém”. M1</i>	<i>“Uma pessoa que não pode andar com suas próprias pernas, uma pessoa que se torna um perigo para a sociedade, uma pessoa agressiva, que é capaz de qualquer coisa, exemplo: psicopatas, sociopatas. São pessoas que não têm noção do perigo que elas causam, às vezes fazem coisas que elas acham que não irá causar mal algum.” M1</i>
<i>“Alegre, sorridente, falante, ativa, alto astral.” M2</i>	<i>“Descontrolada, sentimental, agitada, estressada, nervosa, triste.” M2</i>
<i>“É uma pessoa feliz, de bem com a vida, extrovertida, alegre, disposta a ajudar e especialmente uma pessoa que ama.” M5</i>	<i>“Infeliz, depressiva, mal-humorada, não ama a si mesmo, descontrolada, triste.” M5</i>
<i>“Comportamento alegre, amoroso, alegre com os amigos, educado.” M8</i>	<i>“Tristeza, pessoa que se sente nervosa, doente, só chora.” M8</i>

QUADRO 01 – RESULTADO DA 2.^a DINÂMICA

FONTE: A autora (2010).

Ao mediar estas questões, procurei mostrar que a violência contra as mulheres, seja ela física e/ou psicológica como foi no caso delas, afetam-nas em suas múltiplas dimensões, o que foi reconhecido por todas. No entanto, compreenderam que podem se libertar destes sentimentos desagradáveis, desde que consigam encontrar um novo sentido para suas vidas, mediante o estabelecimento de objetivos. Neste sentido, O Serviço de Acolhimento Institucional tem contribuído, porque propicia um ambiente saudável, acolhedor, oferece cursos de artesanatos, além da assistência social. Desta forma, pode ser visto como uma passagem, uma ponte que mostra a possibilidade de um futuro melhor (LABRONICI *et al.*, 2010b).

Na conversa sobre as doenças sexualmente transmissíveis, utilizei apenas figuras ilustrativas para suscitar o diálogo, e perguntava o que conheciam sobre cada doença, porque o outro traz sempre algum tipo de conhecimento em sua bagagem cultural, que segundo Freire (1999) deve ser considerado na relação educador/educando.

Para que o conhecimento que possuem apareça, é preciso estabelecer o diálogo, que na concepção freireana é um conceito-chave. Neste sentido, o educador, para utilizá-lo na prática, não pode se colocar na posição ingênua de quem é detentor de todo o saber, mas deve mostrar-se humilde, reconhecer que o outro não está fora da realidade, porque tem uma experiência de vida que possibilita a aquisição de algum tipo de saber, e que algumas vezes precisa ser reconstruído (FREIRE, 2005).

A doença que mais suscitou diálogo foi a AIDS, pois mencionavam casos de pessoas conhecidas acometidas. Aproveitei a oportunidade para complementar o conhecimento que possuíam, e enfatizei a prevenção com perguntas reflexivas. Durante o diálogo verbalizaram que prevenir DSTs é uma maneira de autocuidado, no entanto, foi necessária a readequação do conhecimento em alguns momentos. Neste sentido, após a exposição, as mulheres refletiram sobre o assunto, o que possibilitou o desdobramento e o aprofundamento da questão mediante o diálogo e não pela transferência de conhecimento (FREIRE, 1997), apesar da explanação feita por mim.

Finalizei a oficina agradecendo a presença e a contribuição delas, que, em seguida, expressaram o desejo de realizarmos outros encontros. M1 disse que se sentia feliz por ter participado, e pensava que seria diferente, que não poderia falar, expressar seu saber, mas, ao contrário, pôde aprender e expor seus conhecimentos. Nessa perspectiva, o diálogo é uma estratégia para respeitar o saber do outro que participa (FREIRE, 1999) e isso foi expresso pela participante da pesquisa.

Diante do desejo de participarem de outras oficinas e com a chegada de mais uma mulher (M9) na pousada, decidi realizar em fevereiro a segunda, da qual participaram M1, M2 e M9. Preparei antecipadamente todos os temas que emergiram das consultas de enfermagem, bem como as respectivas dinâmicas a serem desenvolvidas, e os assuntos que escolheram foram: cuidado com o corpo feminino, câncer de mama e útero, e métodos contraceptivos.

Para que as participantes se conhecessem melhor e pudessem falar mais de si e das questões relacionadas à subjetividade, fizemos a dinâmica do ninho acolhedor (SAID, 2002) (APÊNDICE 03).

Em seguida, aproveitei o momento de reflexão e fiz o seguinte questionamento: Vocês acham que tudo que acontece de bom ou ruim em nossa vida, reflete no nosso corpo? Solicitei que expressassem por meio da escrita ou de

figuras em uma cartolina o que pensavam, como viam o próprio corpo e cuidavam dele. Esta outra dinâmica foi chamada por mim de “Como é meu corpo e como cuidar dele” (APÊNDICE 03).

Diante do diálogo que emergiu sobre imagem corporal e sexualidade, senti necessidade de escutar e opinar a respeito, já que o que as preocupava era como o outro (homem) as via. Chegamos a conclusão de que, quando há amor próprio, temos autoestima elevada, é possível se sentir bela, e este sentimento poderá refletir inclusive no relacionamento sexual, tornando o ato sexual mais saudável e prazeroso para a mulher.

As três mulheres expressaram nos cartazes que seus corpos estavam descuidados e, para cuidar, precisavam de alimentação adequada, realizar atividade física e sentir-se bem psicologicamente. Esta dinâmica propiciou um diálogo aberto, franco, permeado pela confiança entre elas, o que lhes possibilitou compartilhar experiências, medos e anseios (FREIRE, 1997). Neste sentido, sentir-se à vontade é imprescindível para que o educando possa trocar seus conhecimentos, conforme preconizado na pedagogia libertadora de Freire (1999).

Para conversarmos sobre outro tema escolhido, distribui para as participantes etiquetas rosa com perguntas sobre o câncer de mama, e amarelas sobre o câncer de colo uterino, para lerem e falarem o que sabiam a respeito do assunto (APÊNDICE 03). Desta forma, pude captar o conhecimento que possuíam, mediante o diálogo, e o que esperavam saber para complementá-lo, instigando-as à reflexão.

No primeiro momento desta dinâmica, percebi que M1 apresentava pouco conhecimento sobre câncer uterino, o que me fez mediá-lo no sentido de desfazer algumas dúvidas que surgiram na indagação das outras. M9, ao escutar a experiência de M2, sentiu-se à vontade para contar sobre o seu vivido, explicitando seu medo em relação às DSTs, e da experiência íntima com seu marido. Neste momento, apreendi que houve um diálogo aberto, porque se estabeleceu em uma relação horizontal, permeada pela confiança.

Há que se destacar que o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro no qual se solidariza o refletir e o agir dos sujeitos que procuram transformação. Assim, não pode ser reduzido a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, pois, neste caso, não seria transformador. Exige palavras verdadeiras que devem ser ditas como ato de companheirismo (FREIRE, 2005).

Ao dar continuidade a esta dinâmica, houve momentos em que fiz a mediação, e em outros me coloquei em postura de escuta, vez que expressavam a necessidade de falar sobre o conhecimento que tinham a respeito do assunto, e uma complementava a fala da outra.

Destarte, vale ressaltar que o diálogo entre educadores e educandos, não os torna iguais, mas, marca a posição democrática entre eles que são diferentes por muitas razões. Neste aspecto, tem a função de proporcionar crescimento para ambos (FREIRE, 1997).

Ao finalizarmos o diálogo sobre o câncer, realizei outra dinâmica sobre métodos anticoncepcionais, a fim de priorizar o conhecimento prévio das participantes sobre o tema (APÊNDICE 03). Cada mulher ficou com a figura de dois métodos anticoncepcionais e falou a respeito. Porém, quando não conseguiam explicar adequadamente por não terem conhecimento suficiente, as mulheres que tinham o mesmo complementavam-no, utilizando uma linguagem simples. Um exemplo foi a respeito do coito interrompido, em que M1 expôs sua experiência. Ao escutá-la, M9 comentou que também o utilizou, mas M2 explicitou seu conhecimento comentando que o método não é aconselhável, porquanto o homem pode ejacular espermatozoides antes do orgasmo, além de não prevenir DSTs.

Ouvi atentamente o expresso pelas participantes da pesquisa, porque se o educador assume postura de escuta aprende a *falar com* e não a *falar ao* educando. A escuta faz com que o educador aprenda a transformar o seu discurso, a fim de que não seja algo imposto (FREIRE, 2006). Assim, complementei esse conhecimento compartilhado, mas foi necessário explicar a utilização de métodos anticoncepcionais desconhecidos, o que suscitou o diálogo a respeito.

Na última dinâmica desta oficina, pedi que pensassem sobre a violência que sofreram e qual foi o seu reflexo em suas vidas e, com o distanciamento, o que conseguiam de positivo (APÊNDICE 03). Esta minha solicitação foi no sentido de que o ato de ensinar exige convicção de que a mudança é possível, mas necessita de alegria e esperança, para que educadores e educandos possam juntos, aprender, ensinar, produzir e resistir aos obstáculos (FREIRE, 2006).

A esperança é um ímpeto natural possível e necessário, faz parte da natureza humana, seria uma contradição se nós, seres inacabados e conscientes, não nos achássemos predispostos a participar de um movimento constante de busca (FREIRE, 2006).

Explanei que, ao se sentirem tristes, podem realizar essa dinâmica em casa, colocar num papel o que as aflige e depois os pontos positivos, perspectivas, planos, como forma de ajudá-las a melhor visualizar a saída de seus problemas, e que, dessa forma, estariam cuidando da saúde como um todo, já que a violência sofrida afeta a multidimensionalidade da mulher.

Despedimo-nos de forma harmoniosa, com a reflexão conjunta de que sem saúde fica difícil continuar lutando, e que a felicidade do ser humano não está no outro, mas dentro de cada um.

No mês de março de 2010, foi realizada a terceira e última oficina após realizar novas consultas de enfermagem, pois chegaram no Serviço de Acolhimento mais 7 mulheres. Os temas que emergiram foram os mesmos das outras 9 consultas com as mulheres dos meses anteriores, e as participantes foram: M10, M11, M12, M14, M15 e M16. A mulher M13 não pôde participar, pois já tinha compromisso agendado.

Preparei, como nas outras oficinas, todos os temas com suas dinâmicas. Ao apresentá-los para este novo grupo, escolheram conversar sobre os temas: sinais e sintomas relacionados à saúde mental, câncer de mama e de útero, DSTs, métodos anticoncepcionais e violência contra mulher. Como eram muitos temas, concordamos em realizar esta conversa em dois períodos com intervalos e pausa para o almoço.

Para iniciarmos a oficina, fiz uma dinâmica de integração do grupo “quem sou eu?” (APÊNDICE 03). Esta dinâmica propiciou compartilhar sentimentos até então desconhecidos, e isso foi possível mediante a escuta.

O saber escutar, para Freire (2005), é essencial em sua pedagogia, pois, o primeiro sinal de que o sujeito que fala sabe escutar é a demonstração de sua capacidade de controlar não só a necessidade de dizer a sua palavra, que é um direito, mas também o gosto pessoal de expressá-la. Há, portanto a comunicação, em que se faz imprescindível escutar com abertura à fala do outro, aos seus gestos e diferenças que culminam no aprendizado pela escuta.

Conversamos sobre autoestima, imagem corporal, sentimentos, superação de problemas, e como cada pessoa reage a determinada situação. Enfatizei que, com saúde, podemos lutar para um futuro melhor. Todas concordaram e acrescentaram suas opiniões a favor desta afirmação.

Desta forma, começamos a conversar sobre os temas escolhidos, o primeiro tema abordado foi sinais e sintomas relacionados à saúde mental, a fim de conhecer o que elas sabiam sobre depressão, ansiedade e estresse. Tudo isso foi identificado na consulta de enfermagem deste grupo, razão pela qual pedi que escrevessem o que sabiam a respeito (APÊNDICE 03).

Ao lerem suas contribuições e posterior análise, houve um intenso diálogo, especialmente quando M14 falou sobre a diferença entre depressão e tristeza. Seu discurso foi oportuno para que as outras mulheres pudessem conversar sobre ansiedade, estresse e tristeza, expressarem sua opinião e refazerem o conhecimento não adequado, como o caso de que uma tristeza passageira ser compreendida como depressão.

O diálogo em que se desafia o outro a pensar em sua condição, em sua história como experiência igualmente social de membros do mesmo grupo, revela a necessidade de superar certos saberes populares que desnudados mostram necessidade de serem reparados ou reconstruídos (FREIRE, 1984).

Antes do intervalo ainda conversamos sobre outro tema escolhido por elas: câncer de mama e de útero. A dinâmica utilizada foi uma adaptação da proposta de Said (2002), intitulada “ganhando a guerra” (APÊNDICE 03).

A finalidade desta dinâmica é conhecer, por perguntas, o que sabem sobre o tema. Esta atividade foi proveitosa, pois as mulheres não apenas respondiam “sim” ou “não”, mas a cada rodada, dialogávamos sobre as respostas, outras dúvidas foram surgindo e, assim, conhecimentos foram trocados e/ou adquiridos. Acabamos conversando não só sobre câncer, mas também sobre sexualidade, e o que me chamou a atenção, foi o fato de que quatro mulheres não sabiam que câncer de útero pode ser provocado por vírus.

Após o intervalo para almoço, conversamos sobre DSTs, e para incitar o diálogo, coloquei um cartaz na parede e pedi para que me dissessem quais destas doenças conheciam (APÊNDICE 03).

Houve um diálogo produtivo pois percebi que as mulheres sentiram abertura para falar o que sabiam e perguntar sem receios, como a dúvida da M15, que apresentou uma concepção errada de que o homem só era infectado por HIV se tivesse relações sexuais com outro homem.

Desta forma, vale ressaltar que o diálogo não é um bate-papo inconsequente, pois possibilita conhecer o outro, e gerar uma relação de confiança para que o

educando possa abrir-se e expor sua curiosidade que, a princípio, pode ser ingênua, mas pela reflexão, vai se tornando crítica, e se o conhecimento antes apresentado é inadequado, é desfeito para dar lugar a um saber crítico e correto (FREIRE, 2005).

Posteriormente, começamos a falar sobre métodos anticoncepcionais, distribuí figuras ilustrativas dos métodos mais conhecidos, e cada uma falou o que sabia a respeito (APÊNDICE 03). Foi o tema que mais suscitou o diálogo, visto que as participantes complementavam as discussões sobre os métodos que conheciam, e, ao mesmo tempo, aprendiam sobre o desconhecido.

Este diálogo vivo, com perguntas e respostas, só é possível quando é respeitada a necessidade do outro de saber sobre o assunto proposto, prática dificilmente percebida quando é imposto um assunto, pois o diálogo exige um respeito fundamental dos sujeitos nele engajados (FREIRE, 1997).

Percebi que M15 estava muito sonolenta por causa da medicação ansiolítica que tomou, encaminhei-a para seu quarto com a ajuda de M10 e M11, o que justificou a sua ausência na última dinâmica, na qual as participantes fizeram uma propaganda contra a violência doméstica (APÊNDICE 03).

Confeccionaram cartazes que expressavam a importância da mulher e do amor próprio. Neste momento, o que chamou minha atenção foi o fato de M11 ter mencionado que durante todo o período que sofreu violência, ao olhar-se no espelho e não se via mais. M16 complementou

Nós temos que nos cuidar mais, nos amarmos. (M16).



FIGURA 05 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M14 E M12

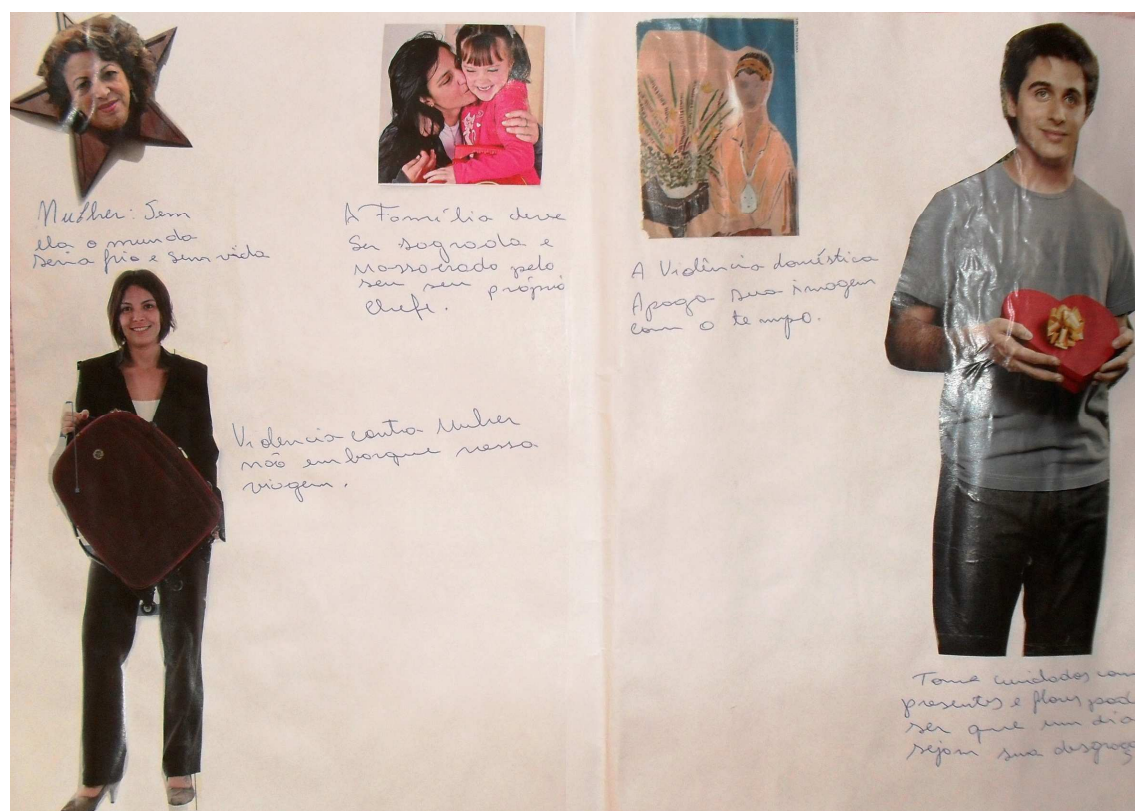


FIGURA 06 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M11



FIGURA 07 – CARTAZ CONFECCIONADO POR M10 E M16

Os cartazes produzidos mostram a importância da mulher para a sociedade; dois deles contêm figuras de famílias com representações de afeto e amor, e a desconfiança em relação aos homens.

Despedimo-nos concluindo que a violência reflete de forma negativa na saúde da mulher, e que sair desta condição foi um cuidado que realizaram com elas mesmas.

4.3 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

4.3.1 Corpo redescoberto: o cuidado e o compartilhar experiências propiciado pela enfermeira

A vivência da violência doméstica sofrida pelas mulheres deixa marcas visíveis e invisíveis no corpo (CORREA; LABRONICI; TRIGUEIRO, 2009), porque este é o primeiro e único lugar da experiência humana (LABRONICI, 2002). A violência faz com que a mulher vá fragmentando todo o seu ser e, desta forma, perca gradativamente sua identidade. Identidade construída ao longo de sua vida e que faz referência à sua função social: ser menina, moça, mulher e mãe (GOELLNER *et al.*, 1995).

A mulher não nasce mulher, mas se torna mulher (BEAUVOIR, 2009). Este “tornar-se mulher” foi, por muito tempo, dependente de outras pessoas, e antes da identidade feminina ser determinada pela própria mulher, foi condicionada por fatores externos, de modo a colocar como condições femininas a dependência econômica e social, e a minoridade política e cultural (CHAUÍ, 1985).

As condições femininas que advêm de um discurso masculino foram determinadas, e internalizadas pelas mulheres, e fez com que a posição de dependência e desigualdade se naturalizassem, de modo a tornar-se terreno fértil para a violência contra a mulher. Essa desigualdade é uma forma primária de poder em que as relações de gêneros são baseadas nas diferenças hierárquicas que distinguem os sexos (MATOS, 2005).

Desta forma, ainda hoje, muitos têm olhado para o corpo feminino e declarado ter visualizado um corpo submisso, explorado, inferior ao do homem (LUCERO, 1995), criando um dualismo, mulher-fraca e homem-forte.

Ao longo da história, a violência praticada contra mulheres fez com que fossem impressas, nos seus corpos, diferentes marcas de todos os acontecimentos de resistência e submissão que os formaram em uma desigualdade de forças (BELTRÃO, 1992). É por esta trajetória que se explica o porquê das marcas, que ao querer dominar o outro, se converteram em regras que se transmutaram em costumes e hábitos, e isso fez com que a dominação parecesse não ter mais origem e nem memória (SIEBERT, 1992).

Pesquisa realizada por Souza (2008) com mulheres violentadas residentes em um abrigo constatou que o olhar delas sobre seus próprios corpos está baseado na visão do companheiro que as desvalorizam, e essa visão de si próprias sob o olhar do outro gera conflitos. A imagem de si construída pela outro segundo Silva (1998), faz com que o ser se aliene em uma imagem cujas formas foram modeladas pelo desejo do outro.

A imagem que uma mulher violentada faz de si, é constituída pelo olhar do agressor, ao intencionar que se veja como um ser abandonado e não estimado. Assim, passa a ser o espelho para mulher sujeitada, e como tal, irá lhe dizer quem realmente é. Esta situação faz com que sua imagem seja distorcida e provoque o descuido em relação ao seu ser como um todo (SILVA, 1998).

Ao considerar que a existência é corporal, o corpo é moldado pelo contexto social e cultural em que o ator se insere, tornando-se vetor de significados pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída (LE BRETON, 2007). Segundo este mesmo autor (2007, p.10), no final da década de 60 do século XX, “o corpo, lugar do contato privilegiado com o mundo, está sob a luz dos holofotes” e, passou a existir um cuidado redobrado com relação aos condicionantes sociais e culturais que modelam a corporeidade⁴ humana.

Portanto, esta condição social e cultural, a violência, repercute de forma significativa na existência, que é corporal, destas mulheres. Desta forma, nesta pesquisa, o corpo não foi visto somente do ponto de vista biológico pois, este cuidado com o próprio corpo não é considerado como individualismo mas como direito de busca por uma vida melhor e, concluí-se que, é no convívio com a violência que a mulher esquece seu próprio corpo para se preocupar com a dominação e o estresse que este fenômeno causa, o que pode ser melhor explicitado nos fragmentos dos discursos abaixo:

[...] antigamente era tanto estresse que eu não queria saber do meu corpo, eu não queria saber se eu estava ruim [...], para mim era tudo em segundo, terceiro plano, o que eu tinha que resolver era muito mais alto que minha saúde. (M2).

A gente tem que lembrar, de como cuidar do corpo, que tem que ter higiene, vaidade. Às vezes a gente esquece da gente, não ama, não dá valor, mas temos que amar nós mesmas. (M16).

⁴ Corporeidade: a expressão do corpo.

As falas acima vão ao encontro de pesquisa realizada por Goellner *et al.* (1995) com mulheres violentadas de um serviço de acolhimento em Porto Alegre, que constatou atitude de autodepreciação e a baixa autoestima.

Do corpo nascem e se propagam os sentidos e valores que fundamentam a existência individual e coletiva; ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma pela fisionomia singular de um ator em determinado contexto, pelo corpo, o ser humano apropria-se do significado da sua vida traduzindo-o para os outros, servindo-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros da comunidade (LE BRETON, 2007).

Nesta pesquisa, foram pelas falas e escritas que as mulheres demonstraram os sentidos e valores que deram ao seu corpo no passado, durante a violência e, neste momento de tentativa de reestruturação de vida. Estas demonstrações corroboram com conclusão de Couto (1995) de que, é através da violência que as mulheres perdem a espontaneidade e a valorização do próprio corpo, o que foi demonstrado, por exemplo, na figura 6 apresentada nas oficinas no cartaz produzido por M11, onde há uma imagem de mulher meio desfocada e a seguinte frase

A violência doméstica apaga sua imagem com o tempo (M11).

Portanto, se a imagem delas está depreciada, ao corpo violentado resta muito pouco de naturalidade, erotismo, já que tudo foi dominado pela violência o que pode ser constatado nas falas seguintes:

[...] eu não fazia mais sexo agradável com ele, era tudo para mim muito errado sabe, e isso foi prejudicando minha saúde. (M9).

[...] eu tenho que me cuidar e por causa da depressão, a minha saúde ficou um pouco assim [...] até a questão do peso, outras coisas também, eu engordei. (M10).

Diante das falas acima, enfatizo que cada vivência efetua sobre o corpo uma série de ações que são manifestadas através de expressões corporais: postura, movimentos, na alimentação, higiene, nas práticas sexuais (LUCERO, 1995).

Destaque-se que a mulher violentada a quem o corpo dá a extensão e aparência de estar esquecido ou até mesmo coberto, desprezado num certo

momento, diante da dominação da violência, após o início de seu enfrentamento, é redescoberto e reapropriado. A reapropiação mostra o movimento de valorização do corpo mediante a preocupação com o desejo de se cuidar, o que foi elucidado abaixo:

[...] vi que realmente a gente tem se prevenir, a gente tem que cuidar, saúde a gente tem que se preocupar mesmo. (M1).

[...] é bom olhar para mim, pois às vezes a gente não lembra, não pára para pensar e é tão bom parar para cuidar. Para mim, não importava o meu corpo, e agora estou mais ciente de que eu preciso do meu corpo, são, forte, para eu poder andar com minhas próprias pernas, para pensar direito, agir direito, para trabalhar. (M2).

[...] penso que agora eu vou me cuidar mais, pois eu tenho um cheirinho, já tive coceira, vou me cuidar mais. (M5).

Toda história de dominação dos corpos deu-se com base na violência e no uso indiscriminado do corpo feminino, feito objeto passível de ser manipulado (LUCERO, 1995). No entanto, com o exposto acima e nas próximas falas, a mulher violentada ao tomar consciência de si mesma como ser humano digno e merecedor de prazer e felicidade, busca encontrar a autoestima perdida, seu corpo encoberto pela imagem negativa que o agressor projeta no espelho, e ao transcender o vivido, tenta realizar o autocuidado como forma de resgatar o seu amor próprio e elevar sua autoestima conforme explicitado nas falas abaixo:

Eu não imagina que fosse ser trabalhado essa questão da minha saúde também, o que é muito bom, porque estamos aqui tentando mudar de vida [...] (M5).

A gente vai conhecendo nosso valor, porque estamos deprimidas e isso vai te levantar, vê que você tem valor, que a mulher tem valor, temos que nos valorizarmos [...] (M9).

E sair da violência foi sair desse prejuízo para minha saúde. (M10).

[...] essa conversa me estimula mais a vontade de me cuidar, de ir ao médico, ver o que eu tenho, porque faz 4 anos que não faço preventivo, que não vou a um ginecologista [...] estimula a vontade da gente se cuidar. (M12).

Essa reapropriação e vontade de reencontrar esse corpo que ficou nessa escuridão foi propiciado pelo diálogo sobre o corpo, que adquiriu um caráter de início de recusa à violência, como forma de mudança de vida com perspectivas positivas para o futuro.

É preciso que as mulheres não se contentem em apenas adquirir hábitos saudáveis, mas que o despertar do cuidar de seu próprio corpo possa amenizar as marcas que a violência inscreveu nele.

Desta forma, os diálogos que realizamos sobre saúde, baseados na filosofia humanista-libertadora de Paulo Freire, propiciaram o compartilhar de experiências, e de certa forma, a valorização do corpo feminino através do cuidado com a saúde, conforme as falas abaixo expressaram:

[...] falei do líquido que sai do meu seio, porque às vezes muitas tem dúvidas e não comentam, e eu toquei no assunto e as outras mulheres falaram também. (M1).

Quando a gente faz assim essas oficinas, a gente senta uma aqui, outra ali, faz tipo uma reunião e elas conseguem pensar junto comigo, às vezes elas arranjam assim uma saída para mim [...]. (M2).

[...] assim como tem eu que já tenho uma noção de algumas coisas, tem outras pessoas que não tem, e na conversa, a pessoa fica sabendo como se cuidar. (M11).

Eu não sei de muita coisa, mas falei de minha vida assim como as outras mulheres e acho que isso ensina. (M15).

Diante do exposto, escrever a história do presente é questionar o que nos constituiu (SIEBERT, 1992), no entanto, todos têm a oportunidade de mudar o percurso no aqui e agora, de modo a escrever um novo capítulo na sua história.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de enfermagem foi um momento singular para mim, enquanto enfermeira e educadora, e não apenas uma atividade da prática profissional, porque propiciou a interação e uma relação dialógica, a identificação das necessidades de educação em saúde das mulheres vítimas de violência doméstica e, conseqüentemente, o início de uma relação de confiança através da aproximação.

A relação dialógica e de confiança se consolidaram ainda mais durante a realização das três oficinas, pois ao escolherem o câncer de mama e colo uterino, cuidado com o corpo feminino, doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais, sinais e sintomas relacionados à saúde mental (depressão, ansiedade, estresse, baixa autoestima) e violência como temas a serem dialogados, puderam mostrar o conhecimento que possuíam e traziam guardados na bagagem de vida, bem como suas dúvidas. Desta forma, sentiram-se responsáveis pela atividade desenvolvida, e isso as fizeram ficar mais a vontade, pois ganharam confiança ao adquirirem mais saber.

A ampliação do conhecimento adquirido durante a realização das oficinas aumentou as possibilidades de escolhas no que diz respeito à saúde delas, ao cuidado de si, e isso deu autonomia. Esta não existe se não houver liberdade.

A postura de abertura e de escuta, assim como o diálogo franco e aberto durante o desenvolvimento das dinâmicas, foi fundamental para que as mulheres participantes da pesquisa expressassem sentimentos comuns e compartilhem a história de vida. Isso oportunizou a reflexão em relação à saúde e ao ser mulher, e também sobre a importância de terem esperanças e estabelecerem objetivos para superação da experiência vivida. A relação dialógica foi permeada pela confiança e respeito, e este constitui a base da pedagogia freireana.

A avaliação realizada com as mulheres participantes da pesquisa, sobre as atividades desenvolvidas, possibilitou compreender que propiciaram a redescoberta do corpo e aumento da autoestima. Esta redescoberta ocorreu porque tiveram a oportunidade de participar de maneira ativa das oficinas, compartilhar conhecimentos e experiências vividas, refletir sobre a repercussão da violência no corpo e, conseqüentemente, na saúde. Tudo isso foi possível em função da postura de abertura, da escuta, do estabelecimento de uma relação dialógica, de respeito, confiança e valorização do outro, e vai ao encontro da pedagogia libertadora.

Foi possível compreender que a enfermeira em sua prática profissional ao educar em saúde, deve considerar a história de vida e a realidade social do educando, e ao respeitar seus conhecimentos e ajudá-lo a ampliar, irá incitar a consciência crítica, o que o levará a refletir sobre a melhor decisão a ser tomada, e é essa liberdade que confere autonomia.

Destarte, as limitações da pesquisa relacionam-se com a falta de exploração dos aspectos históricos da vida dessas mulheres referentes à violência em outras fases da vida; o não acompanhamento delas após a saída do serviço para identificar a reinserção na sociedade, em função da limitação do tempo para o seu desenvolvimento; e a não exploração detalhada dos cartazes produzidos nas oficinas devido à riqueza de sentimentos e informações expressos. Eles transcenderam as expectativas, e possibilitaram a compreensão de que o enfrentamento da violência pressupõe escolhas que levam a perdas pessoais significativas para que uma reconstrução possa ser realizada.

Além disso, sugere-se que haja a participação de outros profissionais na educação em saúde em grupo, nos momentos em que surgem questionamentos que vão além das questões específicas da saúde, porque isso ampliaria ainda mais o conhecimento das participantes da pesquisa e a possibilidade de escolhas.

Destarte, os objetivos foram atingidos, mas os diálogos estabelecidos e os cartazes produzidos transcenderam as expectativas, pois percebi que o enfrentamento da violência por estas mulheres pressupõe escolhas que as levam a perdas pessoais significativas para que uma reconstrução possa ser realizada.

As consequências da violência refletem de forma significativa na multidimensionalidade das mulheres, sob a qual estas se sentem oprimidas e às vezes até incapazes de atuar para a mudança, portanto a redução da violência é um fenômeno que depende de muitos fatores socioeconômicos e culturais, porém, há que se considerar o impacto de pesquisas como esta no enfrentamento da violência.

6 REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. dos R.; SIQUEIRA, V. R. de; MATOS SOUZA, F. G. de. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 108-13, 2005.

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. de. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em set/2010.

ALIELLO, Y. V.; ESTRADA, L. C.; BRITO, Y. D.; MOLINA, L. M.; RIVERO, J. L. P. Violência conyugal em la mujer. **Revista Archivo Médico de Camaguey**, v. 9 n. 5, out, 2005. Disponível em: <<http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n5/1079.pdf>>. Acesso em abr./2010.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 315-9, abr./jun, 2007.

AMARAL, C.; LETELIER, C.; GÓIS, I.; AQUINO, S. **Dores Visíveis: violência em delegacias da mulher no Nordeste**. Fortaleza: Edições EDOR/NEGIF/UFC, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5.^a ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BELTRÃO, I. R. **A didática e a formação de professores de história: em busca da explicação das relações poder-saber na organização do trabalho pedagógico**. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação), UFSC, Florianópolis, 1992.

BRANCO, I. M. B. H. P. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 246-9, abr./jun., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 1986 (a). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em jun./2009.

_____. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 de jun. 1986 (b). Disponível em: <<http://www.portalfen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em out/2009.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 de set. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em jul/2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde: a violência doméstica é também uma questão de saúde pública.** Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia_contra_mulher>. Acesso em jun./2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, 2002 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientação para práticas em serviços.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (b). (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8).

_____. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate À Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS e Norma Operacional Básica – MOB/SUAS.** Brasília, 2005.

_____. Decreto n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 ago. 2006 (a). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em jun./2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Agenda da Mulher.** Brasília: 2006 (c).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (d).

_____. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Enfrentamento de todas as formas de violência contra mulheres. In: **II Plano Nacional de Políticas para Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008 (a).

_____. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de abr. 2008 (b). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm>. Acesso em nov./2009.

_____. Ministério da Saúde. **Calendário de vacinação do adulto e do idoso.** Brasília: MS, 2009 (a). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464>. Acesso em nov./2009.

_____. Resolução n.º 109, de 11 de novembro de 2009. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**,

Brasília, DF, 25 de nov. 2009 (b). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Tipificacao%20Nacional%20de%20Servicos%20Socioassistenciais.pdf/view>>. Acesso em out./2010.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.3, p. 2010-214, 2002.

CATRIB, A. M. F.; PORDEUS, A. M. J.; ATAÍDE, M. B. C.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde**: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**: sobre mulher e violência. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CORREA, M. E. C.; LABRONICI, L. M.; TRIGUEIRO, T. H. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jan/2010.

COUTO, L. N. A deserotização do corpo: um processo histórico-cultural. In: LUCERO, E. **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas: Papirus, 1995. p. 55-70.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-37, 2000.

DINIZ, N. M. F.; ALMEIDA, M. S.; LOPES, R. L. M.; GESTEIRA, S. M. DOS A.; OLIVEIRA, J. F. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n.2, p. 106-112, 1999.

FERRAZ, M.; LACERDA, M.; LABRONICI, L.; MAFTUM, M.; RAIMONDO, M. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 755-59, out./dez, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16395/10874>>. Acesso em jun./2010.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, 2002. p. 7-14.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 127 p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 23ª ed., 1999. 150 p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41ª ed. Rio de Janeiro: paz e Terra; 2005. 184 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 33ª ed., 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. 2001. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br>>. Acesso em jul/2009.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. A. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.89-99, mai/ago, 2004.

GARBIN C. A. S.; GARBIN A. J. I.; DOSSI A.P.; DOSSI M. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-73, dez, 2006.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C. dos; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-6, jan./fev., 2005.

GOELLNER, S. V.; PILOTTO, F. M.; ALTMANN, H.; VIEIRA, P. R. de B. Cães, mulheres e nogueiras, quanto mais se bate, melhor ficam. In: ROMERO, E. **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas: Papirus, 1995. p.135-56.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F., ARAUJO, A. J. de S., COELHO, T. M. de F. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-8, 2007.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S.; SILVA, C. F. R. da. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-40.

GUERRA, C. Violência e poder nas relações de gênero – as cenas. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 4, n. 4/5, p. 5-27, jan./dez., 1997.

GROSSI, K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

GROSSI P. K.; TAVARES F. A.; OLIVEIRA S. B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea digital**, n.14, 2008. Disponível em:

<<http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewArticle/120298/0>>. Acesso em jun./2009.

LABRONICI LM. Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2002.

LABRONICI, L. M.; FERRAZ, M.I.R.; TRIGUEIRO, T. H.; FEGADOLI, D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar, 2010 (a). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em abr./2010.

LABRONICI, L. M.; TRIGUEIRO, T. H.; RAIMONDO, M. L.; FEGADOLI, D.; BATISTA, J. M. S. A redescoberta da maternidade por mulheres vítimas de violência doméstica: uma possibilidade existencial. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 474-79, 2010 (b).

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Tradução de: FUHRMANN, S. M. S. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

LIMA, K. A.; COSTA, F. N. A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. **Alim. Nutr. Araraquara**, v.16, n.1, p.33-38, jan/mar, 2005.

LUCERO, E. **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas: Papirus, 1995.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-442, 2007.

MATOS, M. I. S. de. **Terceiro setor e gênero: trajetórias e perspectivas**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2005. p. 58.

MARTINS J. J; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-62, abr./jun. 2007.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1335-42, jun. 2006.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20^a ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80 p.

_____, M. C. de S. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Rev Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 55-63, jan./abr. 2005 (a).

_____, M. C. de S. Violência: um problema para saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (b). p. 9-41.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26-31, jan./mar. 2007.

MOREIRA, S. da N. T.; GALVÃO, L. L. L. F.; MELO, C. O. M.; AZEVEDO, G. D. de. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. saúde pública**; Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1053-59, dez. 2008.

MUNIZ, J. Os direitos dos outros e outros direitos: um estudo sobre a negociação de conflitos nas DEAMs/RJ. In: SOARES, L. E. *et al.* **Violência e política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ISER, 1996. p. 125-164.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. OMS/OPAS, 2002. Disponível em <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>>. Acesso em ago/2009.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-17.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; LEITE, L. C. A prática educativa de profissionais cuidadores em abrigos: enfrentando a violência vivida por mulheres adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em ago/2010.

PODOLAN, M. O. **A história temática e a questão de gênero: a mulher na sociedade colonial brasileira**, online, 2000. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/426-4.pdf?PHPSESSID=2009050416095955>>. Acesso em jul/2010.

PORTELLA, A. P. Caracterização dos homicídios de mulheres em Pernambuco, 2002-2007. **Boletim Dados e Análises**, v. 4, n. 7, p. 2-6, 2008.

RÊGO, M. A. B.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 60-70, 2006.

SAID, F. A. **Dinâmicas Pedagógicas na perspectiva da Educação em Saúde**. 1ª. ed. Curitiba: Editora do Autor, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., ago.

2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em jun/2009.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T., HANADA, H.; KISS, L. B.; DURAND, J. G.; PUCCIA, M. I.; ANDRADE, M. C. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; PORTELLA, A. P.; MENICUCCI, E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em out/2009.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SIEBERT, R. S. de S. **Dominação e autoritarismo na prática pedagógica da educação física e as possibilidades de sua superação**. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

SILVA, M. E. Á. **Mulher Substantivo Masculino**. Campinas: UNICAMP, 1998. 123p.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, 2005.

SOUZA, M. H. do N.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H.; SOUSA, A. I.; SILVA, L. L. da; PAIXÃO, A. R. da. Experiências de ensino-aprendizagem de estudantes de enfermagem em uma comunidade do município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, ago. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452006000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em ago/2010.

SOUZA, S. A. M de. **O corpo enigmático das mulheres em situação de violência**. 95 f. Monografia (Graduação em Psicologia), Universidade Pontifícia Católica, Belo Horizonte, 2008.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 88-96, 2002.

TELES, M. A. de A.; MELO, M. de. **O que é violência contra mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2007. 120 p.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15ª ed. São Paulo: Cortez, 2007. 132 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para apresentação de documentos científicos**. Curitiba: Ed. UFPR, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, São Paulo, p. 121-126, fev. 2001 (a).

_____. **Educação popular e a atenção á saúde da família**. 2ª ed. São Paulo: Sobral, Hucitec-Uvas, 2001 (b).

ZALESKI, M.; PINSKI, I.; LARANJEIRA, R.; RAMISETTY-MIKLER, S.; CAETANO, R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 53-9, 2010.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto/2010.

APÊNDICE 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Você está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “A prática da enfermeira na educação em saúde para mulheres vítimas de violência doméstica”.

b) O que esta pesquisa pretende é descrever a experiência do enfermeiro no desenvolvimento da educação em saúde aqui na casa abrigo; identificar suas necessidades de saúde e avaliar o conhecimento adquirido após a realização das oficinas.

c) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma consulta de enfermagem realizada por mim, responder o que você sabe sobre sua saúde e participar das oficinas de educação em saúde. Em seguida, realizarei aqui as oficinas (encontros em grupo) de acordo com a disponibilidade de todas as mulheres participantes.

d) A pesquisa não oferece riscos, mas poderá proporcionar um desconforto em função da realização da entrevista, que você poderá interromper se achar necessário. Os benefícios esperados são: a educação em saúde que refletirá na sua qualidade de vida, ou seja, na promoção da saúde e prevenção de doenças.

f) Eu, pesquisadora Enfermeira Débora Fegadoli, poderei ser contactada a qualquer momento pelo telefone (41) 9672-7079, sou responsável pela pesquisa e esclarecerei eventuais dúvidas.

g) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o documento que contém sua assinatura sem qualquer prejuízo ao atendimento que você recebe nesta casa abrigo.

i) As informações relacionadas ao estudo serão usadas para que eu consiga receber o meu diploma na universidade, assim como para publicar em revista científica sem identificar o seu nome.

j) A sua entrevista será gravada, sem mencionar seu nome, e as fitas serão desgravadas ao final da pesquisa.

l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são da minha responsabilidade.

m) Pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa da qual fui convidada a participar. A explicação que recebi menciona que não há riscos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me afete. Eu entendi que minha participação é voluntária e não haverá custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba _____, _____, _____

(Assinatura da participante da pesquisa)

Enfermeira Débora Fegadoli (pesquisadora)
Aluna do Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Paraná

APÊNDICE 02**FICHA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA - FICEMVIV**

Data da consulta de enfermagem: ____/____/____

ENTREVISTA

Nome da paciente: _____ Idade: _____

Escolaridade: () Fund. incomp. () Fund. comp. () Médio incomp. () Médio comp. () Graduado

Profissão: _____ Atua: () SIM () NÃO

Já esteve na casa anteriormente: () NÃO () SIM Quantas vezes: _____

Antecedentes Familiares:Antecedentes Pessoais:Tratamentos realizados:Medicações de uso contínuo:Doenças transmissíveis:

() Tuberculose

() HIV /Aids

() Sífilis

() Hanseníase

() Hepatites – Tipo:

() Outras (especificar):

Histórico de imunizações

() Tétano / difteria N° de doses: ____

Última dose: ____/____/____

() Febre amarela N° de doses: ____

Última dose: ____/____/____

() Hepatite – B N° de doses: ____

Última dose: ____/____/____

() Rubéola N° de doses: ____

Última dose: ____/____/____

() Outras:

História de transfusões sanguíneas: () Sim () Não

Quando:

Alergias / reações adversas a medicamentos:

Violência Sofrida (tipo):

Há quanto tempo:

Assistência procurada:

Já foi violentada anteriormente:

Tipo de violência sofrida:

Por quanto tempo:

Assistência procurada:

Hábitos de consumo regular:

() Álcool
Copos/dia:

Quanto tempo:

() Fumo
No cigarros/dia:

Quanto tempo:

() Outras drogas.
Quanto tempo:

Qual:

Já tentou parar? Por que não consegue parar?

Atividade física

() Sim () Não Quais: () Caminhada () Dança () Esporte () Outras:

Atividades relaxantes: () Sim () Não

Quais:

Frequência:

Saúde Bucal

Dentes Naturais: () Sim () Não () Parciais No de dentes:

Uso de prótese: () Dentadura () Parcial removível (ponte) =- Observação:

Exames colpocitopatológicos: ()Sim ()Não

Data	Resultado	Encaminhamento

Mamografia: ()Sim ()Não

Data	Resultado	Encaminhamento

Estado Emocional

Como se sente?

Apresenta: ()Tranquilidade ()Ansiedade ()Medo ()Outro:_____

EXAME FÍSICO

Temperatura: _____°C FC: _____bpm PA: _____mmHg FR: _____rpm

Peso: _____Kg Altura: _____m

Nível de consciência: ()Lúcido ()Confuso ()Desorientado ()Falhas de memória

Obs: _____

Estado nutricional: ()Desnutrido ()Abaixo do peso ()Bom ()Acima do peso ()Obeso

IMC: _____

Quanto à alimentação: ()Come bem ()Sem apetite ()Dificuldade p/ deglutir

Obs: _____

Quanto à ingestão de líquidos: ()Bebe o necessário ()Não bebe o necessário

Obs: _____

Apresenta alguma deficiência: ()Não ()Sim: ()Física ()Auditiva () Visual ()Mental

Pele: ()Íntegra ()Integridade prejudicada _____ ()Hidratada ()Ressecada ()Eritema

Obs: _____

Cabeça e pescoço

Crânio: ()S/ anormalidades ()Lesões no couro cabeludo ()Cicatriz

Obs: _____

Ouvidos: () Normais () Secreção () Usa prótese auditiva

Obs: _____

Olhos: () Normais () Esclerótica ictérica () Esclerótica c/ hemorragia () Usa prótese () Acuidade visual diminuída () Usa óculos ou lentes

Obs: _____

Nariz: () Normal () Deformidade () Epistaxe

Obs: _____

Boca: () Mucosa íntegra () Xerostomia () Sialorréia () Mucosite () Monilíase () Prótese dentária () Lábios íntegros () Lábios não íntegros.

Obs: _____

Pescoço: () Normal () Linfonodos palpáveis () Deformidade Obs: _____

Tórax: () Simétrico () Assimétrico. Ausculta pulmonar: _____ Ausculta cardíaca: _____

Obs: _____

Mamas: () Simétricas () Assimétricas () Mastectomia () Cicatriz cirúrgica () Secreção

Obs: _____

Abdome: () Plano () Globoso () Desnutrido () Flácido () Cicatriz cirúrgica.

Ausculta abdominal: _____ Palpação: _____

Obs: _____

Geniturinário: () Sem alterações anatômicas () Micção espontânea () SVD () Lesões nos órgãos genitais () Sangramento () Secreções () DSTs

Obs: _____

Número de filhos:

Número de gestações:

Partos Normais:

Cesáreas:

Complicações Obstétricas:

Ânus: () Sem alterações anatômicas () Com alterações anatômicas () Lesões

Obs: _____

Eliminações

Micção: () Normal. Freq: ____/dia () Incontinência () Retenção

Obs: _____

Evacuação: () Normal. Freq: _____ () Constipação () Incontinência () Diarréia

Obs: _____

MMSS: () Sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades () Paresia () Plegia () Edema () Amputações () Lesões

Obs: _____

MMII: () Sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades () Paresia () Plegia () Edema () Amputações () Lesões

Obs: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM / ENCAMINHAMENTOS

✓ _____
✓ _____
✓ _____
✓ _____
✓ _____
✓ _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

VOCÊ ACHA CUIDA DE SI MESMA? DE QUE MANEIRA REALIZA ESTE CUIDADO?

O QUE É SAÚDE DA MULHER PARA VOCÊ?

JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA DISCUSSÃO SOBRE SAÚDE?

O QUE GOSTARIA DE DISCUTIR SOBRE SUA SAÚDE?

Assinatura e carimbo da Enfermeira: _____ Data: __/__/____

APÊNDICE 03

DINÂMICAS	NOME	OBJETIVO	MATERIAL UTILIZADO
1. ^a	“O que é ser mulher”, adaptada de Said (2002)	Expressar sentimentos por meio de recortes e escritas.	Revistas e cartolinas. Solicitei que fizessem um cartaz, individual. De um lado deveriam colocar as expressões “Como estou hoje”, e do outro “O que eu quero em 2010...”
2. ^a	“O que é saúde mental?”	Saber o que as mulheres conheciam sobre saúde mental.	Canetas coloridas e folha de papel sulfite que continha uma divisão. Na parte de cima estava a expressão “boa saúde mental”, e na de baixo “saúde mental ruim”.

QUADRO 02 – DINÂMICAS REALIZADAS NA 1.^a OFICINA.

FONTE: A autora (2010)

DINÂMICAS	NOME	OBJETIVO	MATERIAL UTILIZADO
1. ^a	“Ninho acolhedor” (SAID, 2002).	Compartilhar a história de vida e estimular o diálogo.	Cada participante colocou no ninho, que era representado por uma cesta com papel picado, algum objeto que tivesse um significado especial. Cada mulher foi até seu aposento buscá-lo.
2. ^a	“Como é meu corpo?”	Estimular a reflexão sobre o próprio corpo.	Revistas, tesouras, colas e canetinhas.
3. ^a	“Perguntas e respostas”	Descobrir o que as mulheres conheciam sobre câncer de colo uterino e mamário.	Etiquetas cor-de-rosa para perguntas sobre câncer de colo uterino e, amarelas para o de mama.
4. ^a	“Qual método é esse?”	Conhecer o que as mulheres sabiam sobre métodos contraceptivos.	Métodos contraceptivos e desenhos de métodos não disponíveis.
5. ^a	“Uma fase em minha vida”	Refletir sobre a violência sofrida e compartilhar experiências.	Envelopes, folhas de papel sulfite e canetas coloridas.

QUADRO 03 – DINÂMICAS REALIZADAS NA 2.^a OFICINA

FONTE: A autora (2010)

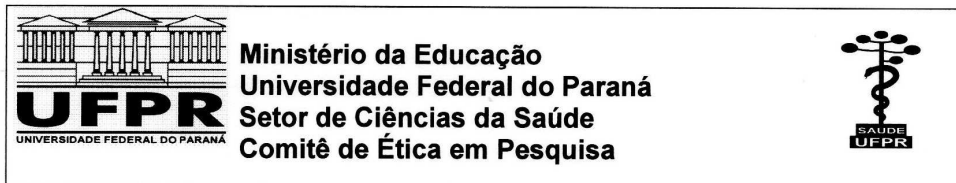
APÊNDICE 03

DINÂMICAS	NOME	OBJETIVO	MATERIAL UTILIZADO
1. ^a	“Quem sou eu?”	Descontrair o grupo e proporcionar conhecimento.	Envelopes, etiquetas e canetas coloridas.
2. ^a	“Sinais e sintomas relacionados à saúde mental”	Conhecer o conhecimento das mulheres relacionados à saúde mental.	Folhas de papel sulfite e canetas coloridas.
3. ^a	“Sim ou não?”	Identificar o conhecimento das mulheres sobre câncer de colo uterino e mamário e estimular o diálogo.	Fita crepe, etiquetas com nomes das participantes.
4. ^a	“Bingo”	Identificar as DSTs conhecidas pelas mulheres e estimular o diálogo.	Quadro e giz.
5. ^a	“Qual método é esse?”	Identificar os métodos contraceptivos conhecidos pelas mulheres.	Métodos contraceptivos e desenhos de métodos não disponíveis.
6. ^a	“Propaganda contra a violência”	Proporcionar reflexão sobre a violência sofrida e compartilhar experiências.	Cartolina, revistas, canetas coloridas e cola.

QUADRO 04 – DINÂMICAS REALIZADAS NA 3.^a OFICINA

FONTE: A autora (2010)

ANEXO 01



Curitiba, 26 de agosto de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Débora Fegadoli

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Educação em saúde para mulheres vítimas de violência doméstica residentes em uma casa abrigo.”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 26 de agosto de 2009 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 26 de agosto de 2009.

Registro **CEP/SD:** 776.111.09.08 **CAAE:** 0051.0.091.000-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 26/02/2010.

Atenciosamente

Prof.ª Dr.ª Lillian Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª Dra. Lillian Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR